Path. 547 p

Hauschka

COMPENDIUM

DER SPECIELLEN

PATHOLOGIE UND THERAPIE

ALS LEITFADEN

FÜR SEINE VORLESUNGEN

VON

DR. DOMINIK JOS. HAUSCHKA,

K. K. REGIMENTSARZT UND PROFESSOR AN DER MEDICINISCH - CHIRURGISCHEN JOSEFS - ACADEMIE.

II. THEIL.

WIEN 1857.

WILHELM BRAUMÜLLER,

K. K. HOFBUCHHÄNDLER.

BIBLIOTHECA
REGIA
MONACENSIS.

Besondere Erkrankungen

der

einzelnen Systeme und Organe.

Inhalts-Verzeichniss.

Seite

Krankheiten des Nervensystems 1
Krankheiten des Gehirns und seiner Umhüllungen . . . 3
Hyperämie des Gehirns. Encephalosymphoresis —
Entzündungen der Hirnhäute. Meningitis 13
Entzündung des Gehirns. Gehirnerweichung 24
Seröse Ergüsse in das Gehirn und seine Umhüllungen 30
Acute Hydrocephalie 31
Chronische Hydrocephalien 35
Chronischer Hydrocephalus der Kindheit —
Chronischer Hydrocephalus der Erwachsenen 39
Bluterguss in das Gehirn. Apoplexia Sanquinea 40
Apoplexia serosa 56
Apoplexia nervosa und Schleimschlag 57
Tuberculose des Gehirns —
Aftergebilde, Pseudoplasmen des Gehirns 62
Syphilis der Schädelknochen und deren Beinhaut 63
Hypertrophie des Gehirns 64
Atrophie des Gehirns —
Krankheiten des Rückenmarks und seiner Umhüllungen . . —
Hyperämie des Rückenmarks und seiner Häute 67
Entzündung der Rückenmarkshäute. Mening. spinalis —
Rückenmarks-Entzündung. Myelitis 71
Seröse Ergüsse in den Wirbelkanal. Hydrorrachie —
Bluterguss in den Wirbelkanal. Apopl. spinalis 72
Atrophie des Rückenmarks. Tabes dorsalis 73
Aftergebilde im Wirbelkanal 79
Nevrosen und Krankheiten einzelner Nerven und Nervengebiete —
Nevralgie des Kopfes. Hemicrania, Migräne —
Schwindel. Vertigo 82
Gesichtsschmerz. Prosopalgia —
Anästhesie des Quintus 86
Masticatorischer Gesichtskrampf. Trismus —
Masticatorischer Gesichtslähmung —

Seite

Lähmung des Facial-Nerven. Paralysis facialis 86
Mimischer Gesichtskrampf 88
Nevralgie des Rückenmarks. Spinal-Irritation —
Nevralgien einzelner Brachial- etc. Nerven 94
Ischialgie, Hüftweh —
Starrkrampf. Tetanus 100
Rheumatismus paralyticus colli 103
Chorea, Choreische Krämpfe 104
Pandemische Tanzwuth und Tarantismus 106
Schreibekrampf. Cheirospasmus Scriptorum 108
Ermüdungs-Krämpfe 110
Paralysis agitans. Zitterlähmung. Zittern —
Epilepsie. Fallsucht 111
Convulsionen der Schwangeren, Gebärenden etc. 117
Convulsionen der Kinder. Kinderfraisen 118
Ohnmacht, Animi deliquium 119
Hysterie 120
Hypochondrie 125
Hydrophobie. Wasserscheu 126
Catalepsie. Starrsucht 128
Cataphora. Schlafsucht 129
Somnambulismus. Nachtwandeln —
Krankheiten der Respirations-Organe 131
Krankheiten der Nasenhöhle —
Catarrh der Nasenhöhle. Schnupfen —
Nasentripper 133
Croup der Nasenschleimhaut —
Ozaena. Nasengeschwür 134
Ozaena spuria. Stinknase —
Nasenblutung. Epistaxis —
Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre 138
Catarrh des Larynx und der Trachea —
Phlegm. und submucöse Entzündung des Larynx 142
Perichondritis laryngea et trachealis —
Perilaryngitis —
Epiglottitis —
Kehlkopf croup. Angina membranacea 143
Laryngealcroup der Erwachsenen 149
Pseudocroup —
Periodischer Nachthusten —
Krampf der Stimmritze, Asthma Millari —
Glottis-Oedem 153
Chronische Processe des Kehlkopfes. Phthyses laryng. 154
Aphonia nervosa 157
Dysphonia clericorum —

Seite

Krampfhafter Kehlkopfhusten 157
Krankheiten der Lunge und des Brustfelles —
Catarrh der Bronchien —
Bronchialcroup 159
Erweiterung der Bronchi. Bronchiectasie —
Lungenhyperämie 161
Lungenentzündung. Pneumonia 162
Die croupöse Pneumonie 163
Die lobuläre „ 183
Die catarrhalische Pneumonie 184
Die interstitielle „ 185
Die hypostatische „ —
Brustfellentzündung und Exsudatum pleuriticum 186
Hydrothorax 203
Lungentuberculose. Phthysis pulmon. tuberc. —
Die chronische Form 207
Die acute Form 215
Krebs der Lungen 223
Tuberculose des Brustfelles —
Lungenblutung. Haemoptoë. Pneumorrhagia 224
Lungenbrand. Sphacelus pulmonum 228
Lungenödem. Hydrops pulmonum 230
Lungenemphysem 232
Pneumothorax 238
Keuchhusten. Tussis convulsiva 240
Asthma. Brustkrampf 243
Krankheiten des Zwerchfells 245
Entzündung des Zwerchfells —
Krampf des Zwerchfells. Schluchzen 246
Krankheiten der Circulations-Organe 247
Entzündung des Herzbeutels. Pericarditis —
Hydropericardium 256
Verwachsung des Herzbeutels 254
Entzündung des Endocardiums 257
Carditis. Myocarditis 265
Klappenfehler und Verengeruug der Ostien —
Insufficienz der Bicuspidalis 267
Verengerung des linken Ostium venosum —
Insufficienz der Aorta-Klappen 268
Verengerung der Aortenmündung 269
Insufficienz der Tricuspidalis —
Hypertrophie des Herzens 270
Atrophie „ „ 273
Erweiterung „ „ —
Fettsucht des Herzens 274

	Seite
Nervöses Herzklopfen	280
Cardiosthenia rheumatica	281
Angina pectoris Heberdeni	—
Krankheiten der Aorta	282
Aneurysma der aufsteigenden Aorta	283
„ „ absteigenden „	—
„ „ Bauchaorta	284
Nervöse Pulsationen der Bauchaorta	—
Cyanose. Blausucht	—
Krankheiten des chylopoëtischen Systems	286
Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle	—
Stomatitis erythematosa	—
„ crouposa	—
Stomacace. Mundfäule Fégar	288
Noma. Wasserkrebs	290
Zungenentzündung. Glossitis	291
Zungenbeleg	293
Ohrspeicheldrüsenentzündung. Parotitis	—
Angina catarrhalis	296
Pharyngitis inferior	298
Angina phlegmonosa	—
Angina chronica	300
Hypertrophie der Tonsillen	—
Rheumatismus pharyngis	301
Rachencroup. Angina crouposa	303
Aphthen	304
Soor. Mehlhund	306
Blutungen der Mundhöhle	307
Speichelfluss	—
Zungenkrämpfe, Zungenlähmung	—
Uebler Geruch aus dem Munde	—
Krankheiten der Speiseröhre	—
Oesophagitis	—
Erweiterung des Oesophagus	309
Verengerung „ „	310
Perforation und Ruptur des Oesophagus	311
Schlund- und Speiseröhren-Krampf	—
Lähmung der Speiseröhre	313
Krankheiten des Magens	—
Magencatarrh und Status gastricus	—
Magensäure. Acor ventriculi	316
Wasserkolke. Gastrorrhoea aquosa	—
Wasserspucken. Pyrosis	317
Croupöse und toxische Entzündung des Magens	320
Magenerweichung. Gastromalacia	322

Seite

Perforirendes Magengeschwür 322
Hämorrhagische Errosionen der Magenschleimhaut 328
Magenkrebs. Scirrhus Ventriculi 329
Typhus. Tuberkel. Polypen etc. des Magens 335
Schwache Verdauung. Dyspepsia nervosa 335
Magenkrampf. Cardialgia 336
Seekrankheit. Morbus marinus 338
Ruminatio humana. Wiederkäuen 339

Krankheiten der Gedärme —
Catarrh des Darmkanals und Diarrhoe 341
Die seröse Diarrhoe 344
Chronischer Catarrh des Darmkanals 347
Lienterie, Magenruhr 348
Entzündungen des Darmkanals 352
Entzündung des Blinddarms. Typhlitis 353
Perityphlitis 354
Dysenterie. Die Ruhr 359
Cholera morbus. Die asiatische Brechruhr 368
Choleratyphoid 374
Cholerina 375
Cholera Nostras —
Hämorrhoiden. Goldader 380
Tuberculose der Gedärme 391
Krebs der Gedärme 392
Darmeinklemmung, Darmverengerung, Darm-Ineinanderschiebung. Ileus organicus 394
Brand der Darmhäute 397
Erweichung der Darmhäute —
Perforation des Darmes 398
Blutungen des Darmkanals (Magen- und Darmblutung) 399
Stuhlverstopfung. Obstipatio 403
Anhäufung von Kothmassen im Darme 404
Darmsteine 405
Flatulenz der Gedärme. Meteorismus 406
Entozoën, Darmwürmer 408
Darmschmerz. Colica 415

Krankheiten des Bauchfells 417
Entzündung des Bauchfells, Peritonitis —
Miliartuberculose des Bauchfells 425
Krebs des Bauchfells 426
Luftansammlung im Bauchfellsacke —
Tuberculose der Retroperitoneal-Drüsen 427
Krebs „ „ „ 428

Krankheiten der Leber 429
Hyperämie der Leber —

	Seite
Hepatitis velamentosa	431
„ parenchymatosa. Leber-Abscess	432
Syphilitische Leberentzündung	433
Acute Atrophie der Leber	434
Granulirte Leber. Leber-Cirrhose	435
Pfortader-Entzündung. Pylephlebitis	439
Catarrh und Croup der Gallenwege	440
Speckleber. Colloid-Leber	—
Fettleber	441
Leberkrebs	—
Echinococcussack der Leber	443
Gallensteine	445
Tuberkel, Cysten etc. der Leber	449
Krankheiten der Milz	—
Entzündung der Milz	—
Milztumor	451
Tuberculose, Krebs der Milz	452
Krankheiten des Pankreas	—
Krankheiten des uropoëtischen Systems	453
Brightische Nierenkrankheit	—
Die acute Form	454
Die chronische Form	457
Albuminurie. Eiweissharnen	463
Nephritis acuta	—
Catarrh des Nierenbeckens etc.	—
Croup „ „ „	—
Perinephritis	—
Cysten in den Nieren	—
Hydrops renum	464
Speckniere	—
Tuberkel und Krebs der Nieren	—
Nierenblutung. Hämaturesis renalis	464
Entzündung der Harnblase Cystitis	465
Catarrh der Blasenschleimhaut	465
Blasenhämorrhoiden	467
Blasenblutung. Hämaturia vesicalis	—
Blasenkrampf. Cystodynia	468
Harnwinde, kalte Pisse	469
Blasenlähmung. Ischuria et Enuresis paralytic	—
Enuresis nocturna der Kinder	470
Zuckerharnruhr. Diabetes mellitus	471
Hydrurie. Vielharnen	473
Agoturie	—
Oxalurie	—
Hippuria	—

	Seite
Harnsteine und Harnsand	473
Krankheiten der Geschlechtsorgane	477
Entzündung der männlichen Harnröhre. Tripper	—
Augentripper. Ophthalmia blenorrhoica	480
Trippergicht	481
Tripperseuche. Tripperscropheln	—
Entzündung des Hodens. Orchitis	484
Pollutionen und Saamenfluss	485
Catarrh der Scheide und Leucorrhoën	—
Entzündung des Eierstocks. Oophoritis	486
Cysten des Eierstocks. Cystoovarium	487
Blutungen aus der Gebärmutter	—
Fehlende Menstruation. Amenorrhoea	488
Nevralgie des Uterus. Hysteralgie	490
Krankheiten der Haut	491
Hyperämien der Haut	492
Active Hyperämien	—
Erythema	—
Intertrigo und Paratrimma	494
Roseola	495
Peliosis rheumatica	496
Passive Hyperämien	497
Anämie der Haut	—
Secretions-Anomalien	—
a) Der Schweissdrüsen	—
Anhidrosis	—
Ephidrosis	498
Locale Schweisse	—
Sudamina	—
b) Der Talgdrüsen	499
Verminderte Secretion	—
Seborrhoea	—
Gneis der Kinder	500
Commedones. Mitesser	—
Milium Hirsekörnchen	—
Exsudate	501
Herpes	—
Eczema	503
Scabies	511
Prurigo	515
Pemphigus. Pompholyx	517
Rupia, rhypia	518
Impetigo	520
Ecthyma	—
Scabies spuria	521

	Seite
Psoriasis	521
Lichen	524
Strophulus Schälknötchen	527
Lupus	—
Acne disseminata	529
Acne Menti. Sycosis	531
Hämorrhagien	532
Hypertrophien	534
a) Der Epidermis	—
Pityriasis	536
Ichthyosis	537
Tylosis, Clavus, Verrucae etc.	—
b) Des Pigments	538
Lentigo et Naevus Spilus	—
Ephelides	—
Chloasma	—
Melasma	—
Argyriasis	—
c) Der Lederhaut	—
Elephantiasis arabum	539
„ graecorum	540
d) Der Talgdrüsen und Lederhaut: Acne rosacea	541
e) Teleangiectasien	542
Atrophien	543
Pigmentmangel	—
Haarmangel. Alopecia	—
Parasiten. Schmarotzer	544
a) Pflanzliche Parasiten	—
Favus	—
Herpes tonsurans	546
Alopecia areata	547
Plica polonica	—
Pityriasis vesicolor	548
Sycosis. Bartfinne	—
b) Thierische Parasiten	549
Pediculi. Läuse	—
Acarus Scabiei (vide Scabies)	—
„ folliculorum	—
Nevrosen der Haut: Pruritus cutaneus	—
Krankheiten der Gelenke und Muskeln	551
Rheumatismus „ „ „ „	—
Acuter Gelenkrheumatismus	552
Acuter Muskelrheumatismus	560
Chronischer Rheumatismus	561

Krankheiten des Nervensystems.

Die Krankheiten des Nervensystems müssen vorerst in zwei Abtheilungen unterschieden werden:

Die erste hievon umfasst jene Leiden, die in einer materiellen Veränderung der Nervensubstanz oder seiner Umhüllung begründet sind, und wo diese Veränderung in der Leiche nachgewiesen werden kann;

zur zweiten rechnen wir jene constanten Formen von Nervenleiden, d. h. gewisse durch stätige Aufeinanderfolge und Combination ausgezeichnete Symptomen-Complexe im Nervenleben, welche uns als scheinbar selbstständige Erkrankungen entgegentreten, und für welche ein bestimmter materieller Nachweis nicht geliefert werden kann.

Die zu dieser Abtheilung gehörigen Formen werden seit jeher Neuroses, Nervenkrankheiten im engeren Sinne genannt.

Die Symptome, womit die Krankheiten des Nervensystems in die Erscheinung treten, sind für beide Abtheilungen dieselben, nämlich Störungen der Nervenfunctionen, somit Störungen in der Empfindung, der Bewegung, den Sinnes- und Geistesthätigkeiten; und man spricht nur dann von nervösen Symptomen, z. B. vom nervösen Kopfschmerz, nervösen Sinnestäuschungen, Delirien u. s. f., wenn man hiefür keine materielle Ursache, z. B. Hyperämie, Exsudation etc. wahrnehmen kann.

Aber nicht allein die einzelnen Symptome sind für beide Abtheilungen dieselben, — sondern auch die aus der Gruppirung der Symptome hervorgehenden, gewissermassen abgegränzten Formen der zweiten Abtheilung, z. B. Epilepsie, Starrkrampf u. dgl., können bei den verschiedenen der ersten Abtheilung angehörigen materiellen Veränderungen vorkommen, und wie es in den meisten Fällen der

sogenannten Neurosen schwer hält am Krankenbette jede materielle Begründung auszuschliessen; ist die Aufgabe auch nicht leichter, die gewöhnlichsten Formen der Nervenkrankheiten in diese zwei Abtheilungen sondern zu wollen, denn eine strenge Grenze gibt es hier nicht.

Charaktere, wodurch die eine Symptomengruppe, einmal als ein nervöser Zustand, das anderemal als materielles Leiden zu diagnostiziren wäre, gibt es auch keine, für alle Formen gültige; und so dient die angeführte Scheidung der Nervenkrankheiten, nur dem praktischen Zwecke, sie leichter übersichtlich zu machen.

Man stellt jene Nervenkrankheiten zusammen, bei welchen häufig gar keine, und nie bestimmte materielle Veränderungen gefunden werden, und die durch die Regelmässigkeit der Symptome, sowohl in ihrem Erscheinen, als in ihrer Combination, eine gewisse Selbstständigkeit behaupten; — diese Formen werden gewöhnlich nach der am meisten hervorragenden Functionsstörung benannt, und werden am zweckmässigsten zusammen abgehandelt, gleichviel, ob bei einigen dieses, bei anderen jenes Nervencentrum, oder irgend welche Nervenprovinz als vorzüglich ergriffen in die Erscheinung tritt.

Was die Krankheiten der ersten Abtheilung anbelangt, so ist es wohl möglich, in den meisten Fällen das Dasein einer materiellen Ursache zu begründen; aber bei Bestimmung der Qualität dieser Ursache, ihrer Ausbreitung und Grösse, ihres genaueren Sitzes bewegt man sich am Krankenbette sehr häufig nur innerhalb der Gränzen der blossen Vermuthung; — sehr häufig kann die Diagnose nur mit Wahrscheinlichkeit gestellt werden, und es sind gerade die Nervensymptome hiebei diejenigen, welche durch ihre Form, ihren Grad und mit wenig Ausnahme auch durch ihre Dauer am wenigsten die Diagnose und Therapie bestimmen können; — wir sehen sehr verschiedene Prozesse: Exsudate von differenter Qualität, Erweichung der Nervenmasse, Afterbildungen in derselben unter gleichen Erscheinungen sich darstellen; — oft ausgebreitete materielle Läsionen mit geringgradigen Symptomen verlaufen, und umgekehrt sehr stürmische Functionsstörungen von unbedeutenden sichtbaren Veränderungen abhängig; — will man den Sitz dieser Prozesse genauer bestimmen, so stösst man in den meisten Fällen immer wieder auf denselben Wechsel, auf dieselben Zweifel; auch kann jeder materielle Prozess in den Nerven-Centris unter ganz verschiedenen Symptomen verlaufen, sobald seine Entwicklung eine andere, bald langsame, bald schnellere das Individuum ein dem Alter, der Complication nach ein ande-

res, das Leiden ein selbstständiges primäres, oder secundäres ist etc. etc.

Der jetzige Standpunkt der pathologischen Anatomie erlaubt uns viele Formen von materiellen Prozessen in den Nerven-Centris aufzustellen; — in der diagnostischen Darstellung der denselben entsprechenden Krankheitsbilder ist die Pathologie noch weit zurück; und es thut darum der Vollständigkeit einer Abhandlung über Pathologie des Nervensystems auch keinen wesentlichen Abbruch, wenn selbe nicht für alle diese Vorgänge eigene Krankheitsbilder zu geben strebt; diese würden der Wahrheit eben so wenig getreu, als praktisch brauchbar sein.

Wir beginnen mit den Schilderungen der materiellen Prozesse der Nerven-Centra, und lassen hierauf die am häufigsten vorkommenden sogenannten Neurosen (inbegriffen die materiellen Leiden der einzelnen Nerven) folgen; und werden von den letzteren nur einige ganz local aufzufassende Zustände z. B. Stimmritzenkrampf, Keuchhusten, Kolik u. dgl., erst bei weiterer Darstellung der betreffenden Organ-Erkrankungen besprochen werden.

A. Krankheiten des Gehirns und seiner Umhüllungen.

I. Hyperämie des Gehirns und der Hirnhäute, Encephalosymphoresis, Congestio cerebri, Gehirn-Congestion, Blutandrang zum Kopfe.

Man versteht hierunter einen zu grossen Blutgehalt in der Capillarität dieser Theile.

Die Hyperämie ist bald eine allgemeinere, bald mehr beschränkte; die erstere betrifft von den Häuten vorzüglich die Pia.

Die kleinen Venen der Pia und ihre Capillarien sind stark injizirt, die Haut selbst ist trübe, leicht zerreisslich und verdickt. Nicht selten capilläre Blutungen. Die Hirnsubstanz ist röthlich gefärbt, vorzüglich in der Corticalsubstanz deutlich, auf der Schnittfläche zahlreiche Blutpunkte, die Consistenz des Gehirnes normal, oder etwas weicher (von Durchfeuchtung). Bei höheren Graden nimmt das Gehirn an Volumen zu, die Windungen sind abgeplattet etc.

Nach chronischen Hyperämien sind die Venen in den Häuten varicös, stark gewunden, die Häute stellenweise verdickt, trübe — die Hirnsubstanz dunkler gefärbt, auf der Durchschnittsfläche die erweiterten Gefässe sichtbar.

Man unterscheidet acute und chronische Hyperämien.

Erstere entstehen schnell und verlaufen ebenso, oder gehen der Exsudation und dem Blutaustritte voraus; sie sind seltener selbstständige, als abhängige; häufiger secundäre als primitive Prozesse.

Die chronischen gehen seltener aus der acuten Form heraus, kommen häufiger gleich langsam zu Stande, sind immer abhängige secundäre Zustände. Die acute Form erreicht immer die stärkeren Ausbreitungen.

Krankheitsbild.

Die acute Form gibt sich in ihren geringeren Graden kund durch:

Kopfschmerz, er ist lebhaft, stechend oder klopfend, wird von dem Kranken selbst angegeben, ist anhaltend und wird durch Bewegung, tiefere Lage des Kopfes, durch Bücken, durch äussere Reize gesteigert, — meist sitzt er in der Stirngegend oder an der Basis des Schädels; — Schwere des Kopfes, Sinnestäuschungen von lebhafter Beschaffenheit, Unruhe des Kranken, Redseligkeit, leichte convulsivische Bewegungen der Augen- und Gesichtsmuskeln, nicht selten auch der Gliedmassen — Schlaflosigkeit — leichte Delirien; Turgescenz und Röthe des Gesichtes, Injection und erhöhter Glanz der Conjunctiven — stärkeres Pulsiren der Schläfen-Arterien und der Carotiden. Stuhl- und Harnentleerung ist angehalten. Der Kranke fiebert; nur ist bei den mässigen Graden das Fieber oft verhältnissmässig gering, und folgt den Hirnreizerscheinungen erst nach.

Bei den höheren Graden der acuten Form gehen die Erscheinungen des Fiebers — meist starker Schüttelfrost voran — nicht selten den übrigen Erscheinungen länger voraus; oder sie bilden sich gleichzeitig aus; — das Fieber ist immer stark: grosse Hitze, trockene turgescirende Haut, voller starker Puls.

Die cephalischen Symptome erreichen hier die höchsten Grade: sehr heftiger Schmerz, lebhafte Delirien mit Schreien, Singen, Herumwerfen des Kranken, mit der Neigung zur Flucht, convulsivisches Rollen der Bulbi — clonische Krämpfe in den willkührlichen Muskeln, vorzüglich des Gesichtes, des Nackens und der Glieder — daher Verzerrungen des Gesichtes, Zähneknirschen, Herumwerfen des Kopfes und der Glieder; — die Carotiden und Temporales pulsiren

stark; die Pupillen sind meist verengert; manchmal ist Erbrechen von grünlichen oder wässerigen, schleimigen Massen vorhanden.

Der Kranke ist meist noch einige Zeit bei Bewusstsein; — doch mit dem Eintritte der Convulsionen und Delirien schwindet dasselbe. Stuhl- und Harnentleerung finden Anfangs spärlich statt, — der Harn ist hoch saturirt, stark sauer, hat ein hohes spezifisches Gewicht, die Farbstoffe sind vermehrt, und von Salzen sind die Sulfate und die erdigen Phosphorverbindungen in reichlicher Menge vorhanden.

Die chronische Form kann sehr verschiedene Grade erreichen, ohne je mit so lebhaften Symptomen aufzutreten; — letzteres geschieht nur, wenn zu schon bestehenden Congestionen sich active Hyperämie hinzugesellt.

Die gewöhnlichen Symptome dieses Zustandes sind: Schwere des Kopfes, Schwindel, Ohrensausen, Schwarzsehen, drückender Kopf- und Nackenschmerz, welcher durch Bewegung, durch Bücken etc. gesteigert wird, die Pulsation der Kopfarterien ist subjectiv und objectiv gesteigert, Trägheit der geistigen Functionen, Verstimmung des Gemüthes, erschwerte Bewegung, Schwäche, Steifigkeit einzelner Theile; in höheren Graden Somnolenz, soporöser Zustand etc. etc.

Die Turgescenz der äusseren Theile des Kopfes und die Gefässaufregungen verhalten sich hier am wenigsten constant; Gefässaufregungen sind selten und nie erheblich. Das Gesicht kann bald turgesciren, selbst bläulich sein, bald sind die Weichtheile daselbst blass, kühl, collabirt.

Die Art des Zustandekommens der Hyperämie, ob sehr acut und auf eine grössere Hirnparthie verbreitet, oder nicht; die Individualität des Kranken, die ätiologischen Momente, die gleichzeitig bestehenden anderweitigen Affectionen im Gehirne oder in anderen Organen, oder deren Mangel u. s. w. gestalten das Bild, vorzüglich der acuten Hyperämien so verschiedenartig, dass man eine Menge Varietäten derselben aufstellen könnte, ohne dieselben erschöpft zu haben.

Praktisch wichtig ist es, folgende Varietäten hervorzuheben:

1. Hyperämien bei chlorotischen, anämischen (vorzüglich bei rasch entstandener Anämie z. B. durch Blutverluste etc.) hysterischen, hypochondrischen Individuen, oder solchen, die am chronischen Morbus Brightii, an Lungen-Emphysem und Herzfehlern in dem Grade leiden, wo bereits die Constitution schon sichtlich verfallen ist.

Werden solche Individuen von noch so leichten fieberhaften Zuständen z. B. Catarrhen u. dgl. befallen, so brechen die Hirnreizsymptome nicht selten stürmisch hervor: Kopfschmerz, sehr gesteigerte Empfindlichkeit der Sinne, erhöhte Reflexthätigkeit des ganzen Nervensystems, die grösste Unruhe, selbst lebhaftere Delirien, Convulsionen u. s. w., dabei glüht die ganze Haut, vorzüglich die des Gesichtes, der Carotidenpuls ist schnellend und hüpfend, der Puls an der Radialis sehr frequent. In höheren Graden des anämischen Zustandes folgt auf diese Reizsymptome bald Ohnmacht und soporöser Zustand.

Der auffallende Wechsel zwischen den einzelnen Hirn- und Nervensymptomen, ihre kurze Dauer, die vielleicht darauffolgende Ohnmacht und Schlafsucht, der oft schnell erfolgende Nachlass in der Temperatur und die Pulsfrequenz, der mehr leere oder kleine schwache Puls, der anämische oder eiweissreiche Harn; die Untersuchung der Brustorgane bei Emphysematösen und Herzkranken, manchmal auch das ätiologische Moment z. B. Blutverluste u. dgl. scheiden diese Form wesentlich von anderen activen Hyperämien, weil wir es in den genannten Fällen nur mit einer plethora spuria zu thun haben.

2. Hirnhyperämien in den ersten Stadien der acutdyscrasischen Prozesse: Typhus, Blattern, Scharlach, Rothlauf, acuter Tuberkel- oder Krebsablagerung u. s. w. sind unter gewissen Verhältnissen den genuinen Hyperämien, den Erscheinungen nach ganz gleich, erfordern aber eine andere Behandlung.

Der herrschende Krankheits-Charakter, herrschende Epidemien, die gleichzeitigen Systemaffectionen im Individuo, besonders das Schleimhautleiden, allenfalls früher geschehene Ablagerungen bei Tuberculose, der mehr weiche Puls mit der grossen Hinfälligkeit des Kranken bei Typhus, der sehr frequente Puls mit sehr heisser trockener Haut bei Scharlach u. dgl. müssen die genauere Diagnose der Hirnsymptome in diesen Fällen stützen; oft aber kann der Zweifel nicht immer gleich in den ersten Tagen gehoben werden.

3. Sehr starke und verbreitete Hyperämien des Gehirns treten manchmal mit und ohne Vorboten unter dem deutlichen Bilde einer Hirnblutung (vide Apoplexia) auf; die näheren Umstände eines solchen Erscheinens sind nicht bekannt, und die Diagnose im Momente nicht möglich.

Schwinden die Symptome des apoplectischen Anfalles hinterher schnell und vollständig, so schliesst man auf dagewesene Hyperämie,

oder man wird in der Leiche durch eine sogenannte Apoplexia vascularis überrascht.

4. Jene Hyperämien, die mit Intermittens, und zwar als Febris larvata (vide I. Band Intermittens) oder derartig mit deutlich ausgesprochenen Fieberanfällen verlaufen, dass die Zeichen der Hirnreizung (Schmerz, Sinnestäuschung etc.) den Paroxysmus überdauern, und mit leichter Gefässaufregung durch die Apyrexie fortbestehen.

Durch dieses Fortbestehen der Krankheitssymptome in der Apyrexie, und vorzüglich durch den Umstand, dass bald, schon nach dem zweiten bis dritten Anfalle Depressionserscheinungen als: Somnolenz, Bewusstlosigkeit, selbst Paralysen sich einstellen können, ist die Täuschung möglich, als habe man es mit einem exsudativen Prozesse in der Schädelhöhle zu thun.

Epidemische, noch mehr endemische Verhältnisse, die auffallenden Remissionen (Intermissionen sind es eben nicht) des Fiebers müssen hier die Therapie leiten.

Aetiologie.

Kein Alter und keine Constitution schützt vor Hirnhyperämie; doch ist zu selbstständigen Blutanhäufungen des Gehirnes und seiner Umhüllungen vorzüglich die Kindheit und die Zeit der Pubertät, zu consecutiven aber das höhere Alter mehr disponirt. Plethora vera und spuria, übermässige Nahrungszufuhr, eine träge Lebensweise, der habituelle Genuss von geistigen Getränken machen zu derlei Congestionen geneigt. Schon dagewesene Hyperämien wiederholen sich gerne öfter. Sie entstehen auch bei längerer Agonie in den letzten Momenten des Lebens.

Gelegenheitsursachen für selbstständige acute Hyperämie sind: Verkühlungen, Sonnenhitze (Insolation, Sonnenstich), Feuerhitze, Erschütterungen des Kopfes, Berauschung mit Wein, Opium etc. Geistesanstrengungen, starke Sinnesreize, unterdrückte Blutflüsse, vorzüglich des habituellen Nasenblutens, der Menstruation und des Hämorrhoidalflusses, forcirte Leibesbewegung durch Tanzen, Springen, etc. eng anliegende Bekleidung des Halses, des Unterleibes etc.

Secundär oder consecutiv sehen wir sie bald acut, bald chronisch sich ausbilden, bei den verschiedensten theils localen, theils allgemeinen Kreislaufsstörungen, und bei anderweitigen Erkrankungen des Gehirns, oder ihm nahe gelegener Gebilde, so im Verlaufe der acut-dyscrasischen Prozesse, der gastrischen, biliösen und aussetzenden Fieber, der Entzündungen anderer Organe, vorzüglich der Ohrspeicheldrüse, der Rachengebilde, der Leber, bei chronischen Herz-,

Lungen- u. s. w. Erkrankungen, beim Kropfe, bei Kopfverletzungen, bei Hirnapoplexie, bei acuten und chronischen Hydrocephalus, bei Aftergebilden im Gehirne, bei und nach epileptischen Anfällen und anderen Krampfformen; beim Zahnprozesse u. s. f.

Bei diesen, vorzüglich bei chronischen Leiden, consecutiv zu Stande kommenden stärkeren Hyperämien wirkt meistens eine der früher angeführten Ursachen mit, namentlich wenn sie rasch zu höheren Graden gesteigert werden. —

Verlauf und Dauer haben nichts Bestimmtes. Alles hängt von dem Grad der bestehenden Hyperämie und den vorausgegangenen oder gleichzeitig mitbestehenden erzeugenden oder unterhaltenden Umständen ab.

Selbstständige, oder zwar consecutiv entstandene, aber doch durch neue Ursachen gesteigerte Hyperämien verlaufen oft sehr rasch; nur ist es in diesen Fällen am Anfange nie möglich zu bestimmen, ob das Leiden als solches und wie lange fortbestehen, oder ob es zur Exsudation, Extravasation führen werde. Einen gewissen Typus beobachten diese Zustände in ihrem Verlaufe nicht, und sie können durch zweckmässige Therapie leichter als die meisten anderen Prozesse abgekürzt und ganz behoben werden, wenn auch die Ursache gänzlich zu entfernen ist und die Hülfe nicht zu spät kommt. Die Dauer ist demnach eine sehr verschiedene, kann aber durch die Kunst abgekürzt werden.

Hyperämien des Gehirnes und seiner Häute können sich, so wie Hyperämien anderer Gebilde z. B. der Haut, kurz vor dem Tode verlieren; was bei Beurtheilung der in der Leiche vorfindigen Blutmenge zu wissen nothwendig, weil diese im Verhältniss zu den im Leben beobachteten Symptomen oft unverhältnissmässig gering ist.

Secundäre oder nur consecutiv angeregte — gleichviel ob acut oder chronisch gestaltete Congestionen sind zunächst von den anderen Zuständen abhängig; bestehen demnach bald kurz, bald lang, einige Tage und mehrere Wochen lang. Die länger bestehenden erleiden verschiedene Schwankungen, und sind diese nicht immer von den sie bedingenden, sondern auch von anderen äusseren Umständen abhängig.

Congestionen des Gehirns werden auch habituell, und wie sie einerseits im gewissen Grade mit der Zeit ohne Anstand vertragen werden, führen sie andererseits zur Trägheit der geistigen Functionen, Schwäche einzelner Sinne etc. etc.

Das Wiedererscheinen habitueller Blutung ist für Hirnhyper-

ämien eine wahre Crisis; ebenso schafft Nasenbluten (ausser bei vorhandener Sepsis und wenn es übermässig ist) immer eine wesentliche Erleichterung.

Ausgänge sind: Lösung, Exsudation, tödtlicher Hirndruck, ohne oder mit Blutaustritt, Erweiterung der Gefässe und Geneigtheit zu Recidiven, Wachsthum schon vorhandener Prozesse im Gehirne, Sinnes- und Geistesschwäche; vielleicht auch Hypochondrie etc.

Die möglichen Complicationen sind bereits oben bei den Ursachen angeführt; ebenso sind jene Zustände als eigene Varietäten angeführt worden, welche der Aehnlichkeit wegen leicht mit genuinen Hyperämien verwechselt werden können.

Was die Prognose anbelangt, so müssen im concreten Falle die ätiologischen Momente, sowohl die äusseren, als die im Organismus gegebenen, das Alter und die Constitution des Individuums, der Grad, die Dauer und die Art der Entwickelung der Hyperämie erwogen werden.

Im Verhältnisse der sonst vorhandenen acuten oder chronischen Erkrankung spielen diese Congestionen bald eine sehr untergeordnete, bald eine mehr hervorragende, den Verlauf der anderen Krankheit wesentlich modifizirende Rolle.

Passive Congestionen bei chronischen Organleiden entwickeln sich aus sich selbst nur sehr langsam, werden die längste Zeit oft spurlos ertragen; erst durch neue äussere Momente gesteigert, greifen sie störend in das Befinden des Kranken ein, setzen nicht selten stürmische Symptome, und bringen das Leben in Gefahr.

Der Grad der Hirnsymptome ist für sich selten massgebend, selbst grössere Stürme gehen bedeutungslos vorüber, sobald sie durch die erethische Constitution des Individuums, die Abend-Exacerbation des acuten Leidens, den Paroxysmus einer Intermittens u. dgl. angeregt werden.

Rasch und hochgradig ausgebildete sind stets von Bedeutung, besonders wenn sie selbstständig auftreten, mit grossen Gefässsturm einhergehen, und keine proportionirte Ursache ermittelt werden kann. Sind sie nebstbei noch von längerer Dauer, so gehören sie zu den gefährlichsten Zuständen; so viel die Kunst in den ersten Momenten vermag, so wenig leistet sie in der Folge, und andauernde hohgradige scheinbar selbstständige Hyperämien sind letzteres nicht; sie sind das erste Stadium anderer, sehr bedeutender und meist lethaler Vorgänge.

Behandlung.

Von prophylactischer Behandlung kann nur in Fällen chronischer habitueller Congestionen die Rede sein; hier aber muss dieselbe um so mehr Platz greifen, als sie das Geeignetste zur Minderung und Fernhaltung neuer Anfälle ist.

Genauere Regeln für alle Fälle hier angeben zu wollen, würde zu weit führen und es ist leicht im speziellen Falle das Zweckmässige gefunden, wenn man sich die Aufgabe stellt, Alles zu verhüthen, was Beschleunigung des Kreislaufes im Allgemeinen, grösseren Blutandrang zum Gehirne setzen, oder den Abfluss des Blutes von dort hindern könnte.

Chronische Organerkrankungen des Herzens, der Lungen u. s. w. sind freilich nicht zu beheben, aber zur Vermeidung von stärkeren, selbst gefährlichen Hirnhyperämien trägt Entfernthaltung der (individuell sehr verschiedenen) Schädlichkeiten das Meiste bei.

Zweifelsohne bilden sich bei derlei Zuständen aus sich selbst Blutanhäufungen in verschiedenen Organen und auch im Gehirn aus, doch diese sind es gerade nicht, welche so häufig wegen ihrer Grösse oder Lästigkeit ärztliche Hülfe erforderlich machen, denn zum Glücke für derlei Kranke erfreuen sie sich doch jahrelang, oft länger als sonst Gesunde eines erheblichen Grades von relativer Gesundheit; erst wenn noch direkte Schädlichkeiten hinzutreten, steigern sich die sonst habituellen Congestionen zu höheren, das Befinden störenden Graden. Wahr ist es, dass durch geringe Verkühlungen, Gemüths- und Körperaufregungen u. dgl. derlei Kranke heftigeren und andauernden Hyperämien ausgesetzt werden als Andere; aber nicht minder wahr ist es, dass Herz- und Lungenkranke etc., wenn sie eben derlei Schädlichkeiten meiden können, und auch strenge meiden, von diesen Hyperämien auch ganz geschont bleiben.

Das Meiste leistet in dieser Beziehung die Regelung des diätetischen Verhaltens, ungleich mehr wird hiedurch geholfen, als durch durch das ewige, meist schwächende Mediziniren.

Prophylactisch gegen Sonnenstich auf Märschen wird von Dr. Weissenberg empfohlen: Aetheris acetici drachmas duas und Aceti Vini uncias duas, hievon ein Kaffeelöffel mit einem Esslöffel voll Wasser alle 2—3 Stunden genommen, und gleichzeitig eine solche Mischung, die aber bloss eine Drachme Aether enthält, zum Waschen der Stirne, des Gesichtes, der Brust und zum Einathmen angewendet. Bei schon beginnenden Hyperämien soll nebstbei auch der ganze Rücken mit dieser Mischung gewaschen werden.

Therapie für die acuten Formen: Bezugs des Regime's sind alle Momente entfernt zu halten, welche die Hyperämie steigern könnten, vor allen stärkere Sinnesreize, höhere Temperatur, eng anliegende Kleidungsstücke: der Kopf muss erhöht gelagert werden.

Von Seite des therapeutischen Eingreifens muss auf Verminderung der Blutmasse überhaupt, oder auf Ableitung des Blutes vom Gehirne gewirkt werden.

Allgemeine Regel bleibt es für alle Fälle, das, was im gegebenen Falle angezeigt erscheint, ohne vieles Zuwarten und im ziemlich reichlichen Maasse auszuführen; auf diese Weise ist der Erfolg ein mehr sicherer und das Versäumte sonst nicht einzubringen.

1. Bei reinen selbstständigen Hyperämien in jungen kräftigen Individuen sind es vorzüglich Blutentziehungen, die locale Anwendung der Kälte und ableitende Mittel auf den Darmkanal, welche gleich zu Anfange angewendet das Erspriesslichste leisten.

Bei heftigem Fieber, starken vollem Pulse, starker Injection der Gesichtshaut, raschem Eintritte der Hirnreizsymptome ist eine ausgiebige Venäsection (auf 8—12 Unzen) zu machen, und wenn nicht sehr bald eine auffallende Remission der Hirnsymptome eintritt, sind noch locale Blutentziehungen am Kopfe vorzunehmen.

Die Kälte wird in Form eiskalter Umschläge, oder der Eisblasen angewendet, letztere dürfen nicht zu schwer sein (durch Beimischung von Kochsalz erzielt man die intensivsten Kältegrade).

Als Abführmittel gebraucht man stärkere Gaben von schwefelsauren Salzen ohne oder mit Senna, nur in den Fällen, wo man aus dem länger bestandenen Fieber mit früher geringgradigen Hyperämien, aus den ätiologischen Momenten etc. mit Wahrscheinlichkeit auf folgende Exsudation schliessen kann, sind grössere Gaben Calomel (2—3 Gran pro dosi für Erwachsene) vorzuziehen. Ist das Schlucken gehindert, so sind mit Salz oder Essig verschärfte Klystiere zu setzen. Ausgebreitete, mit Meerrettig versetzte Senfteige auf die Waden, die Schenkel können immerhin den beabsichtigten Vorgang unterstützen.

Mit der Wiederholung des Aderlasses muss man vorsichtig sein; kann man der Hyperämie mit dem angegebenen energischen Eingreifen nicht auf Einmal Herr werden, so wird die Diagnose auf ihre Selbstständigkeit selbst dann zweifelhaft, wenn sie auch noch nicht lange bestanden hat.

Fortbestand oder zeitweise Verschärfungen der Hirnerscheinungen ohne erneuertem Auflodern des Fiebers erfordern abermals locale

Blutentziehung (Blutegel müssen in den meisten Fällen wiederholt gesetzt werden).

Mit der Anwendung der Kälte setzt man ununterbrochen fort, so lange die Hyperämie in den äussern Theilen fortbesteht, oder bei Hinweglassung der Umschläge sich gleich wieder einstellt (der Grad der Kälte wird verschiedentlich modifizirt).

Die Abführmittel brauchen nicht länger gegeben zu werden, als bis einige flüssige Darmentleerungen stattgefunden haben.

Ist die Intensität des Prozesses gebrochen, so beschränke man sich auf ein mehr exspectatives Verfahren mit der Vorsicht, dass Ruhe und Entfernthaltung aller Reize noch längere Zeit nothwendig sind, und dass der Kranke während dem sich der Fleischkost etc. enthalten müsse.

2. Hyperämien in sonst gesunden Individuen, die nicht hochgradig sind, sich allmäliger ausgebildet haben, ohne starkem Fieber bestehen, ebenso Hirncongestion bei chronischer Herzkrankheit, Lungen-Emphysem etc., wenn die Constitution des Kranken hiebei noch nicht zu viel gelitten, derselbe nicht gedunsen, nicht hydropisch ist, erfordern die Application von Blutegel, Kälte, und nach Umständen Abführmittel oder Hautreize.

3. Bei chlorotischen, nervösen Individuen, bei chronischen Leiden, wo die Constitution schon sichtlich gelitten hat, sind Blutegel nicht, oder nur mit grosser Vorsicht zu gebrauchen; Kälte nach dem Reizvertrag des Individuums in verschiedenen Graden, Klystiere, Hautreize; ferner: nach dem vorhandenen Leiden Digitalis, Aqua laurocerasi, Mineralsäuren anzuwenden.

4. Bei Hyperämien des Gehirns, wie solche die exanthematischen Prozesse, den Typhus, andere Entzündungen begleiten, und vorzüglich in der Abendexacerbation bei Kindern und zarter Constitution oft sehr heftig auftreten, sind Hautreize, (grosse Senfteige vorzüglich bei Rothlauf und anderen Exanthemen) und Kälte angezeigt.

Dauern die Hyperämien über die Exacerbation hinaus, drohen sie selbstständig zu werden, bleiben die Delirien lebhaft etc., so sind Blutegel manchmal, selbst noch in den späteren Tagen des Typhus von entschiedenem Nutzen.

In den sub 3 und 4 angegebenen Fällen sind Aderlässe mit wenigen Ausnahmen direct schädlich; hier ist überhaupt jedes stärkere Eingreifen nur mit Vorsicht gestattet. Dasselbe gilt von den mit Intermittens verlaufenden Formen (Siehe Intermittens).

Was die chronischen Formen anbelangt, so ist das, was bei ihrem stärkeren (manchmal acuten) Auftreten zu thun ist, bereits gesagt; im Uebrigen bleiben für sie, da wo sie deutliche Störungen mit sich bringen, dieselben Anzeigen, nur mit dem Unterschiede, dass man nicht viel, am wenigsten energisch eingreifen dürfe; mit Ruhe und unter strengem Regime ihre Verminderung abwarten müsse, und ihren Wiederholungen ebenfalls wieder mit mehr diätetischen als arzneilichen Mitteln begegnen soll.

Zu warnen ist vorzüglich vor öfteren, besonders allgemeinen Blutentziehungen und dem Fortgebrauch stärkerer Abführmittel.

II. Entzündungen der Hirnhäute.

Die harte Hirnhaut ist, ausser bei Krankheiten der Schädelknochen, nur selten der Sitz von exsudativen Prozessen.

Die Arachnoidea ist für sich nie der Sitz erheblicher Entzündung; gleichzeitig findet dieser Prozess auch in der Pia statt.

Die acuten Exsudationen dieser Häute lassen sich klinisch nicht scheiden.

Hirnhaut-Entzündung, Meningitis ist plastische Exsudation vorzugsweise der weichen Hirnhaut; die äussere Gehirnrinde erscheint immer mit in den Prozess gezogen, daher die Benennung Meningo-Encephalitis eigentlich die bezeichnendere wäre.

Diese unsere Meningitis ist diejenige Form, welche ältere Aerzte als Encephalitis und Phrenitis beschrieben haben.

Das Gehirn ist etwas geschwellt, blutreicher, die Windungen mehr abgeplattet (die Rinde derselben auch erweicht und gelockert); die weiche Hirnhaut leicht von der Hirnsubstanz ablösbar, erscheint geschwollen und leicht zerreisslich, der Blutreichthum derselben nimmt gewöhnlich mit der Exsudation ab.

Das Exsudat ist zwischen Arachnoidea und Pia, und in die Zwischenräume der Letzteren ergossen, ist gelbgrünlich, mehr weisslich oder graulich, von verschiedener Consistenz, bald eiterartig, bald fester geronnen.

Die Ausbreitung der Meningitis ist verschieden, ebenso die Menge des Exsudates; bald erstreckt sich die Exsudation über die Convexität beider Grosshirnhemisphären, oder nur über einen Theil, oder eine derselben, bald ist sie vorzugsweise an der Basis des Gehirns (den Sylvischen Gruben, dem Chiasma, der Oberfläche des Kleinhirns).

Das Exsudat ist manchmal in dünnen zerstreuten, oder in zusammenhängenden grösseren Lagen, gewöhnlich an einzelnen Stellen mehr angehäuft; die grössere Anhäufung findet sich entweder an der Convexität des Grosshirns oder an der Basis. Trübung, Injection, Lockerung der Pia gehen meist über die Grenzen der Exsudation hinaus. In und neben dem Exsudate finden sich kleine Extravasate. Bei dem vorwaltenden Sitze der Exsudation an der Basis ist immer acuter Hydrocephalus zugegen, das Exsudat in den Hirnventrikeln mehr weniger plastisch, trübe, graulich weiss etc.

In Folge des pseudovegetativen Antheils der Entzündung findet man Verdickungen der Häute.

Die Meningitis mit vorwaltendem Sitze der Exsudation auf der Convexität des Grosshirns wird allgemein als die reine genuine Form bezeichnet; diejenige hingegen, wo an der Basis das Exsudat überwiegt, oder wo sich der ganze Prozess nur daselbst localisirt, wird von vielen Autoren als tuberculöse Meningitis bezeichnet, weil sie häufig mit Tuberkel des Gehirns, der Hirnhäute oder mit Tuberkel anderer Organe vorkömmt.

Klinisch lassen sich diese Formen nicht scheiden.

Krankheitsbild.

In ausgesprochenen reinen Formen geht wohl der Exsudation die Hyperämie als solche erkennbar voraus; die Exsudation erfolgt selten auf einmal, sondern bald früher, bald später, in geringerer oder grösserer Menge; die Hyperämie besteht nebstbei in verschiedenem Grade fort; beide, sowohl die Hyperämie als Exsudation greifen in der Fläche um sich, oder nicht, und es lassen sich auch darum die Symptome der Krankheit nicht scharf nach Stadien scheiden.

Zur leichteren Verständigung wird jedoch die Meningitis gewöhnlich in 2 Stadien verlaufend betrachtet; man sondert den Zeitraum der Hyperämie von jenem der Exsudation; nur ist hiebei zu bemerken, dass auch beim regelmässigen und reinen Verlaufe aus oben angeführten Gründen die Zeichen beider Stadien in einander greifen.

1. Stadium, das der Hyperämie.

Ist von der acuten hochgradigen Hirnhyperämie nicht streng zu unterscheiden.

Fieber hochgradig mit starken, vollen Pulse. Gleichzeitig Symptome eines hochgradigen activen Hirnreizes: der Kranke klagt über starken anhaltenden Kopfschmerz, (der durch jedweden Reiz gesteigert wird), ist sehr unruhig, redselig, hastig in seinen Bewegun-

gen; die Haut des Gesichtes und die Conjunctiven sind hyperämisch; die Kopf- und Halsgefässe pulsiren stark; bald stellen sich Delirien ein, welche meist lebhafter Natur von Herumwerfen, Aufstehen, Fluchtversuchen, Singen, Schreien u. dgl. begleitet werden; sie sind mehr weniger anhaltend, in den Zwischenzeiten kommt der Kranke anfangs noch zum Bewusstsein und klagt über seine grossen Schmerzen, später oder manchmal gleich am Anfang bleibt das Bewusstsein und somit auch die Sinnesperception anhaltend gestört. Erbrechen des Mageninhaltes, später gallichter Massen fehlt selten (ist häufig eines der ersten Symptome), dasselbe wiederhohlt sich öfter in kurzen Zwischenräumen, setzt dann länger aus und dauert so nicht selten durch den ganzen Verlauf. Convulsionen meist zuerst der Augen- und Gesichtsmuskeln, später partielle und allgemeine Convulsionen der Gliedmassen, des Nackens: daher Rollen der Augen, Verzerrungen des Gesichtes, Zähneknirschen, Zuckungen, Schütteln der Glieder, des Kopfes etc. Diese Symptome bestehen in verschiedenem Grade nebeneinander, oder abwechselnd nacheinander.

Der Bauch ist eingezogen, oft krampfhaft gespannt, nicht schmerzhaft, nicht schwappend; der Stuhl ist angehalten; der Harn, wenn er nicht gleich in der ersten Zeit schon unwillkührlich abgeht, ist wenig, hochsaturirt, stark sauer, hat ein hohes spezifisches Gewicht und ist reich an Salzen, besonders schwefel- und phosphorsauren.

Dauer ganz unbestimmt von einigen Stunden bis 2—3 Tage; bei höheren Graden der Erkrankung kommt es meist rasch zur Exsudation.

2. Stadium, das der Exsudation.

Im Verhältnisse der Exsudation treten die Symptome der Hirndepression, vorzüglich der Sopor und die Lähmungen der willkührlichen Muskel ein. Beide sind dem Grade, und letztere auch der Ausbreitung nach sehr verschieden, und werden durch Reizungserscheinungen vorzüglich Delirien und Convulsionen noch häufig durchbrochen, ja letztere bleiben auch bis ans Ende der Krankheit überwiegend. Diess hängt von der rascheren oder langsameren Exsudation, von der Menge des Exsudats und dem Grade der noch bestehenden Hyperämie ab.

Der Kranke liegt in einem Sopor dahin, aus dem er nicht geweckt werden kann; Gesichtsmuskeln und Extremitäten sind fortwährend in automatischer Bewegung, die Haltung der Glieder, des Stammes ist dem Kranken nicht möglich, die Muskelbewegungen sind alle träge, behindert, später werden einzelne oder mehrere in den Zustand,

der Contractur oder Lähmung versetzt; Contractur wechselt mit Lähmung oder Convulsion ab.

Die Lähmungen sind meist partiell, treffen vorzüglich die Muskel der Augen, (die Iris ist träge oder unbeweglich, gleichviel ob sie contrahirt oder expandirt ist, gewöhnlich ist der Expansionsgrad nicht gleich auf beiden Seiten) des Gesichtes, der Zunge, einer einzelnen Extremität. Hämiplegien oder ausgebreitetere Lähmungen sind selten (nur bei grossen Mengen Exsudats, früher daher noch bei Meningitis an der Basis). —

Zur Zeit der Lähmungen werden die Delirien gewöhnlich ruhiger, oder ihre lebhafteren Ausbrüche sind seltener und kürzer; die automatischen Bewegungen dauern in den nicht gelähmten Theilen fort; die Hyperämie in den äussern Theilen wird durch ein blasses Aussehen und entsprechenden Collapsus ersetzt, der Puls bleibt frequent, wird klein, leer, unregelmässig; nur bei sehr grossen und mit einmal gesetzten Exsudat sinkt seine Frequenz herab.

Harn und Stuhl werden unwillkührlich entleert. Auch der jetzt gelassene Harn behauptet sein hohes spezifisches Gewicht und seinen Reichthum an den genannten Salzen, ist jedoch ärmer an Farbstoffen, daher mehr blass und führt nicht selten ziemliche Mengen von Gallenfarbstoff und auch Eiweiss. Diarrhoische Entleerungen werden nur durch gereichte Abführmittel erzielt.

Dauer, von einigen Stunden zu mehreren Wochen, letzteres da wo Heilung der Exsudation auf langsamen Wege oder unvollständig (chronische Form) folgt.

Varietäten.

Die Symptomen - Combination im Verlaufe der Meningitis ist eine so verschiedene, dass, wollte man alle die gewöhnlichsten Abweichungen anführen, man eine grosse Zahl von Varietäten angeben müsste. Es lassen sich auch die verschiedenen Varietäten weder aus dem Alter des Individuums, seinen Constitutionsverhältnissen, allenfalls vorhandener Tuberculose; aber auch nicht weder aus dem Grade der bestehenden Hyperämie, der Menge des gesetzten Exsudates, noch aus dem speziellen Sitze derselben, selbst nur mit einiger Wahrscheinlichkeit erklären.

Es genüge hier nur jene Varietäten anzudeuten, welche die differentielle Diagnose theils von anderen Formen der Hirnerkrankung, theils von anderen Krankheiten stützen sollen.

1. Das Stadium der Hyperämie verläuft langsam ohne stürmische Symptome; Kopfschmerz ist gering, stark remittirend, andere Hirn-

reizsymptome fehlen ganz; mit einem Male steigert sich das Fieber, der Kranke klagt über grösseren Kopfschmerz, ist unruhig, delirirt etwas, und nach kurzer Zeit ist Sopor und Lähmungen mehrerer Muskelparthien ausgebildet, mit wechselnden Symptomen des Reizes und der Depression verläuft der Prozess weiter.

Werden die anfänglichen Symptome vom Kranken nicht beachtet, vom Arzte nicht beobachtet, ist die Lähmung zufälliger Weise Hemiplegie, sinkt die Pulsfrequenz nach der Exsudation merklich, so kann diese Varietät leicht mit Bluterguss des Gehirns verwechselt werden.

Diese Form-Varietät ist nun leichter bei Exsudation an der Basis zu beobachten, wenn hier starker Serum-Erguss mit Einemmale in die Ventrikel stattfindet; übrigens werden diese serösen Ergüsse auch bei Meningitis an der Convexität gefunden.

2. Leichte Erkrankung, blosses Unwohlsein, heisser Kopf mit geringen Schmerzen; plötzlicher Ausbruch von allgemeinen Convulsionen mit bleibenden Verlust des Bewusstseins, die Anfälle der Convulsionen folgen sich rasch, hierauf tiefer Sopor, rascher Tod.

In dem einen Falle, den ich so verlaufen sah, fand ich in der Leiche eines sonst geschwächten, mehr anämischen Individuums ein reichliches, weiches, eiweissfaserstoffiges Exsudat über die Convexität des Grosshirns verbreitet, mässiges Oedem der Hirnrinde daselbst, kein Hydrocephalus.

Solche Fälle sind am leichtesten mit Hirnhyperämie oder serösen Ergüssen zu verwechseln.

3. Heftiges Auftreten der Hirnreizerscheinungen mit starkem Fieber, nicht lange Dauer derselben, dann höherer Grad von Sopor, Stumpfsinn, Lähmungen, unter deren Fortbestand der Tod eintritt.

Trotz den starken und rasch erschienenen Depressionssymptomen kann man in der Leiche wenig oder kein Exsudat und nur Hyperämie finden — wie ich es wiederholt beobachtet habe.

4. Schwankender Verlauf durch mehrere Tage, Somnolenz gleich vom Anfang, später tieferer Sopor, unvollständige, mehr vorübergehende Lähmungen. In der Leiche plastische Exsudation der Pia.

Hier ist die Verwechslung mit Typhus möglich, mit acuter Meningeal-Tuberkulose ist sie sehr leicht.

5. Die Hirnhyperämien, wie sie bei jüngern Säufern anfangs mit sehr heftigen Hirnsymptomen, später mit tiefem Sopor und lähmungsähnlichen Zufällen, meist rasch unter dem täuschenden Bilde einer Meningitis verlaufen, erheischen die grösste Vorsicht in der

Diagnose auf gemachte plastische Exsudation; denn diese findet sich in der Regel nur sehr spärlich oder gar nicht vor.

6. Meines Erachtens gehört die in Frankreich, Italien, auch Deutschland, vorzüglich aber von französischen Militärärzten epidemisch beobachtete Meningitis cerebrospinalis und von ihnen als Typhus cerebralis bezeichnet, hieher.

Wir haben Gelegenheit genug, den Typhus unter sogenannten cerebralen Symptomen verlaufen zu sehen, ohne dass den Erscheinungen entsprechend, Exsudation in den Nervencentris zu finden wäre. Weder der Verlauf, noch die Zeichen in der Leiche, wie sie dort beobachtet wurden, entsprechen unserem Typhus. Wenn wir Meningitis, Pneumonie etc. secundär, oder als Complication bei Typhus beobachten, ist diess ein ganz anderer Sachverhalt. Endlich sprechen auch ältere Aerzte von Typhus cerebralis und dessen epidemischen Vorkommen; doch die von diesen Aerzten, besonders von Hildebrand als Cerebral-Typhus beschriebene Form ist unser Typhus exanthematicus.

Aetiologie.

Meningitis befällt häufiger Kinder als Erwachsene, wird auch bei ersteren hierorts epidemisch beobachtet. Sie wird häufiger beim männlichen Geschlechte gesehen. Im Allgemeinen ist sie häufiger secundär, als primär und selbstständig.

Gelegenheitsursachen zum primären Ausbruche sind: grobe mechanische Beleidigungen, Erschütterungen des Kopfes, Gemüthsaffecte, Verkühlungen, Insolation, Berauschungen.

Das epidemische Vorkommen bei Kindern wird gleichzeitig mit dem epidemischen Puerperal-Fieber beobachtet.

Secundär entwickelt sie sich bei Caries der Schädelknochen, vorzüglich des Felsenbeins, bei Aftergebilden des Gehirns, bei anderen Entzündungen seröser Häute: des Bauchfelles, des Herzbeutels, auch der Lungen, im Typhus, Scharlach, Morbus Brightii acutus, Pyämie, bei Tuberkulose des Gehirns oder anderer Organe.

Verlauf und Dauer.

Der Verlauf ist nichts typisches; ist ein strenger Typus Anfangs zu beobachten, so hat man es eher mit Intermittens, und ist er kein strenger, eher mit Pyämie noch allein zu thun.

Weder das Erscheinen, noch die Combinationen der einzelnen Symptome haben etwas Bestimmtes.

In der Regel sind beim primären Auftreten starkes Fieber, Kopfschmerz und Delirien die ersten Erscheinungen; Erbrechen fehlt

selten, Convulsionen folgen bald früher, bald später, die Lähmungen und der Sopor schliessen die Reihe.

Was übrigens den Wechsel in den Erscheinungen und ihren Verlauf anbelangt, haben wir schon oben bei Angabe der Varietäten darauf aufmerksam gemacht.

Secundäre Meningitis verläuft auch meistens mit deutlichen Erscheinungen (ist aber nicht Regel), auch hier sind stärkeres Fieber, Kopfschmerz, wenn der Kranke beim Bewusstsein ist, lebhafte anhaltende Delirien, Unruhe etc. die ersten Zeichen. Weil aber in den meisten Fällen die Symptome der ersten Affection störend einwirken, so ist hier das Bild der Meningitis noch seltener deutlich.

Eben so wenig wie der Anfang und die Symptome der Krankheit kann der weitere Verlauf die zwei Formen der Meningitis (an der Convexität und an der Basis) scheiden; es fehlen auch hier alle sicheren Haltpunkte.

Wie schon oben bemerkt, entsprechen weder der Grad noch die Zahl der Lähmungssymptome oder deren Dauer der Menge der Exsudation; am wahrscheinlichsten kann man noch auf reichlicheres Exsudat denken, wenn die Lähmungen plötzlich und mehr verbreitet sich einstellen und bleibend sind.

Bei Kindern sind im Allgemeinen die Symptome des Hirntorpors frühzeitiger vorhanden als bei Erwachsenen, wo der Hirnreiz in der Mehrzahl überwiegt; auch sind bei Kindern häufiger Remissionen im ganzen Verlaufe zu beobachten.

Die Dauer ist verschieden. Acut-lethale Fälle enden meistens vor dem siebenten Tag (auch in 24—48 Stunden); doch tritt der Tod auch eben so häufig später ein.

Ganz oder theilweise günstig verlaufende Fälle ziehen sich in Wochen u. s. w. hinaus.

Ausgänge.

1. Heilung. Sie ist möglich im Stadio der Exsudation, wie diess die ziemlich rasche und vollständige Heilung in jenen, wenn auch seltenen Fällen beweist, wo kein Zweifel über geschehene Exsudation obwaltet. Sie ist ungleich leichter möglich im Zeitraume der Hyperämie.

Es hiesse geradezu der täglichen Erfahrung widersprechen, wollte man meinen, jede der dann folgenden Exsudation angehörige Hyperämie müsse zur Exsudation nothwendig führen.

Es gibt kein wie immer beschaffenes Exsudat, welches, wo es auch immer vorkommen mag, nicht unter gewissen Umständen ganz

oder theilweise in seiner Ablagerung gehindert werden könnte; hievon macht auch das Exsudat der Pia keine Ausnahme. Und wollte man nach beseitigter oder von selbst zurückgebildeter Hyperämie den Schluss machen, dass dieselbe Hyperämie überhaupt nicht hätte zur Exsudation führen können, so wäre dieser Schluss ein sehr gewagter, durch gar keine Beobachtung zu rechtfertigender.

Zertheilung der Meningitis ist in jedem Stadium möglich, nur herrscht hier der Unterschied, dass die Zertheilung im Anfange durch die Kunst gefördert, ja durch dieselbe allein herbeigeführt werden kann; in späterer Zeit, bei schon gesetztem Exsudate vermag die Kunst meist nicht viel, häufig gar nichts.

Sie ist leichter möglich bei sonst gesunden Leuten, nicht hochgradigen Ursachen, nicht stürmischem Verlaufe. Auch secundäre Meningitis ist vollständig heilbar, wenn der Grad derselben kein hoher und die sonstige Erkrankung, sowie die Constitutions-Verhältnisse des Kranken günstig sind.

Die vollständige Zertheilung bei schon geschehener Exsudation erfolgt meistens ziemlich rasch; nach 4—6 Wochen ist der Kranke genesen; ohne Exsudation ist die Zertheilung noch viel rascher, oft erfolgt sie überraschend schnell.

Sie erfolgt unter stätiger Abnahme der Reizungs-Symptome im ersten Zeitraume, unter mehr langsamer, aber auch meist ununterbrochener Abnahme der Lähmungssymptome im späteren Verlaufe.

Krisen sind die gewöhnlichen, durch die Haut und die Nieren.

Blutungen aus der Nase sind in jedem Zeitraume erspriesslich entscheidend günstig im Anfange der Krankheit.

2. Unvollständige Zertheilung der Entzündung, fortschreitende Vegetation im Entzündungsherde, theilweises Rückbleiben und Metamorphieren des Exsudats, wie diess die verschiedenen Verdickungen, Trübungen, Verwachsungen der Häute ohne oder mit Resten des Ergusses bezeugen.

Dieser Zustand kann noch längere Zeit manche Störungen (Kopfschmerz, Geistesschwäche, Muskelschwäche, partielle Lähmungen etc.) bedingen, und endlich nach seiner Beendigung spurlos vertragen werden. In solchen Fällen zieht sich die Heilung in mehrere Wochen und Monate hinaus.

Oder aber es bleiben für das ganze übrige Leben bleibende Störungen, Schmerzen, periodische Convulsionen, Geistesschwäche etc.

Diese Zufälle werden auch unter das Schema von Meningitis chronica zusammengefasst. Aber weder aus den fortbestehen-

den, andauernden, noch periodischen Erscheinungen lässt sich mit irgend welcher Gewissheit auf diesen Vorgang schliessen, weil dieselben Störungen auch ohne solchen materiellen Ueberbleibseln nach der Meningitis fortbestehen können.

Dieser Ausgang ist bei mehr cachectischen und älteren Individuen häufiger.

3. Der Tod ist der bei weitem häufigere Ausgang der Meningitis, und zwar bei jeder Form und jedem Alter.

Massenreiche Exsudate, hochgradigere secundäre Prozesse oder Meningitis in cachectischen, alten oder tuberculösen Individuen, so wie bei Säufern sind immer lethal.

Complicationen.

Die selbstständig ausgebildete Form verläuft ohne besondere Complicationen; die Entzündung der Hirnrinde ist fast constant zugegen, der Hydrops ventriculorum fehlt bei der an der Basis vorkommenden nur selten.

Andere locale und allgemeine Krankheiten, die in ihrem Verlaufe durch die Meningitis complicirt werden, sind bereits angeführt worden.

Dass exsudative Meningitis mit Intermittens bei Erwachsenen vorkomme, ist eher zu bezweifeln, weil doch diese Exsudation hier überhaupt seltener vorzukommen pflegt. Bei Kindern dürfte die Combination schon beobachtet worden sein.

Ich beobachtete in einer Fiebergegend bei Erwachsenen starke, selbst lethale Hirnhyperämien bei Intermittens; Exsudation sah ich nicht.

Aehnlichkeit.

Bei dem Umstande, als bei allen Formen der Hirnerkrankungen die sichere Diagnose schwierig, meist nicht möglich ist, kann es nicht befremden, dass auch die Meningitis mit anderen Hirnleiden verwechselt werden kann. Am leichtesten geschieht diess mit acuten Oedem, mit Hydrops ventriculorum acutus, mit acuter Tuberculose der Hirnhäute; schwieriger mit acuten Nachschüben eines chronischen Hydrocephalus, und selbst mit Hirnblutung (vide Varietäten) ist dieses möglich.

Mit Typhus kann ausgesprochene Meningitis nicht leicht verwechselt werden; in zweifelhaften Fällen leiten im Beginne die Bauchsymptome, der Harn, die Haut und die Milz (?) die Diagnose.

Mit gastrischem Fieber kann Meningitis des Erbrechens wegen, doch aber nicht leicht verwechselt werden; wenn man den Mangel

der gastrischen Symptome, das grosse Fieber, die starken Hirnsymptome, die Nachwirkung des Erbrechens in Anschlag bringt.

Prognose.

Meningitis ist eine der am ungünstigsten verlaufenden Krankheitsformen, selbst scheinbar leichtere Formen können rasch tödten; heftigere Fälle, wenn sie irgend länger dauern, nehmen nur selten einen günstigen Ausgang.

Die Verwechslung mit anderen Hirnerkrankungen ist ungleich leichter, als die sichere Diagnose.

Der Grad des eigentlichen Krankseins lässt sich nie, selbst nur annäherungsweise beurtheilen. Die Erkrankungen, in deren Verlaufe sie hinzutritt, sind selbst meist das Leben bedrohende; andere Gelegenheitsursachen immer bedeutende.

Und so kann die Prognose immer nur eine ungünstige, im besten Falle eine zweifelhafte sein, wenn auch die Möglichkeit der Heilung in vielen Fällen nicht abgesprochen werden kann.

Welche Umstände mehr Hoffnung auf Genesung, und welche mehr den tödtlichen Ausgang befürchten lassen, ist bereits angeführt worden.

Therapie.

Im Beginne der Krankheit ist stärkere Antiphlogose angezeigt; und es gilt im Allgemeinen hier Alles das, was bei activen Hyperämien gesagt wurde.

Zu Wiederholungen des Aderlasses werden sich selten gegründete Anzeigen ergeben; die Blutegel müssen in den meisten Fällen, und selbst einige Male wiederholt werden.

Bei secundär auftretender Meningitis ist selbst bei Anwendung localer Blutentziehungen Vorsicht nothwendig.

Säufern thun Blutentziehungen selten gut; hier sind selbst bei noch guter Constitution und starken Reizsymptomen beruhigende Mittel vorzuziehen.

Kälte in Form von Umschlägen etc. leistet auch hier die erspriesslichsten Dienste, wenn gleich von vielen Aerzten schon im Beginne der Krankheit feuchte Wärme äusserlich angewendet, des besseren Erfolges wegen vorgezogen wird. (?)

Ueber die Ableitungen auf den Darmkanal und über Hautreize ist auch nichts weiter zu sagen; und nur zu wiederholen, dass da, wo man wegen der Dauer der Hyperämien, der Art ihres Eintrittes etc. Exsudation zu fürchten hat, Calomel in dosi purgante bis zur Zweckerreichung gegeben, jedem andern Purgans vorzuziehen sei.

Das Regime: Lagerung des Kranken, Entfernung aller Reize etc. bleibt auch hier dem dort bereits Angegebenen ganz gleich.

Im weiteren Verlaufe, wo schon Exsudat gesetzt und in den Erscheinungen des Fiebers und des Hirnreizes grosser Nachlass eingetreten ist, enthalte man sich jedes schwächenden Eingriffes; nur wenn es die Constitutions-Verhältnisse des Kranken erlauben, und nach einer deutlichen längeren Remission abermals Reizungssymptome mit grösserer Turgescenz der äusseren Theile sich einstellen, könnte die nochmalige Application von Blutegeln vorzunehmen sein.

Im Allgemeinen beschränkt man sich in diesem Zeitraume der Krankheit auf Hintanhaltung stärkerer Hyperämien, auf schonende Bethätigung der Resorption des Exsudates, namentlich da, wo dessen Menge einen höheren Grad erreicht hat, und seiner Zeit auf geeignete Unterstützung der durch den Process herabgekommenen Vegetation; letzteres mehr durch entsprechende Diät, als sogenannte roborirende Mittel.

Die Anwendung der Kälte wird in den meisten Fällen mit gutem Erfolge fortgesetzt, nur darf jetzt der Grad der Kälte kein so grosser sein, die Umschläge nicht so unausgesetzt gemacht werden. Kalte Begiessungen des Kopfes, einigemal des Tages vorgenommen, sind hier am Platze. Besonders wirksam werden sie geschildert, wenn man während ihrer Anwendung den Patienten in ein warmes Bad sitzen lässt.

Warme Breiumschläge oder Umschläge mit in Oel getränkten Tüchern werden von manchen Aerzten jetzt den kalten vorgezogen.

Einreibungen mit Mercurial-Salben in die Kopfhaut, die Haut des Stammes oder der Gliedmassen sind bei beendeter selbstständiger Exsudation und sonst geeigneter Individualität nicht ohne Erfolg. Besser ist es jeden Falls einige reichlichere Einreibungen in rascher Folge vornehmen zu lassen und dann damit ganz auszusetzen, als mit kleineren Gaben lange fortzusetzen.

Ferners unterstützt man die Resorption durch in Eiterung versetzte Hautstellen. Man setzt Vesicanzen und hält sie längere oder kürzere Zeit in Eiterung. Man setzt sie etwas entfernter an die Oberarme, den Nacken, oder näher, geradezu auf die Kopfhaut.

Um die Eiterung zu unterhalten, dienen Salben mit Mezereum oder Canthariden.

Von inneren Mitteln könnte noch die erste Zeit bei grosser Trägheit und gehinderter Secretion des Darmkanals von kleinen Gaben des Brechweinsteins oder leichten salinischen Abführmitteln, bei

unbehinderter Darmentleerung von weinsteinsauren Salzen ein vorsichtiger und nicht zu lange fortgesetzter Gebrauch gemacht werden.

Jodkali leistet in der Regel bei acuten, plastischen Exsudationen nichts.

Digitalis, ohnehin ein sehr problematisches Mittel, wo es sich um Bethätigung der Resorption handelt, könnte nur dann angezeigt sein, wenn bei sonstigen Stillstand des Prozesses die Gefässaufregung im höheren Grade fortbestünde.

Die Anwendung der Stimulantia ist im Verlaufe der acuten Formen nicht anzurathen.

Weder der tiefste Sopor, noch der noch so grosse Verfall des Gesichtes und des Pulses etc. etc. indiciren den Gebrauch des Kamphers oder der so hochgepriesenen Arnica, sobald man aus dem früheren Verlauf diesen Erscheinungen eine geschehene Exsudation zu Grunde legen muss.

Im weiteren, sogenannten chronischen Verlaufe, wo man aus den zurückgebliebenen einzelnen Störungen z. B. Lähmungen noch auf Reste der Exsudate schliessen kann, ist die kräftigere Hebung der Vegetation durch Landaufenthalt, kalte Bäder, Bewegung im Freien, gute Kost etc. das Geeignetste.

Hier ist's, wo auch zur Anregung der peripherischen Nerventhätigkeit die Electricität, Schlammbäder, Gastein u. dgl. zu versuchen sind.

III. Entzündung des Gehirns, Encephalitis. Gehirnerweichung, Encephalomalacia.

Wenn auch nicht jede Erweichung auf dem Entzündungswege zu Stande kommt, und für manche Formen und Fälle ein eigener Degenerations-Prozess der Hirnmasse anzunehmen ist; so lassen sich doch diese zwei Formen Encephalitis und Gehirnerweichung streng, weder anatomisch noch klinisch scheiden.

Encephalitis ist Entzündung der eigentlichen Marksubstanz des Gehirns, die stets nur in umschriebener Form auftritt und einzelne Herde darstellt.

Diese Herde finden sich sowohl im Gross- als Kleinhirne und vorzüglich in deren grauen Substanz; in der weissen Substanz, im verlängerten Marke etc. sind sie selten. Ihre Grösse und Anzahl variirt sehr.

An der betreffenden Stelle ist die Hirnsubstanz gelockert, er-

weicht wie zermalmt, ihres Gefüges beraubt, theils mit ausgetretenem Blute, theils mit dem abgesetzten Exsudate im verschiedenen Verhältnisse gemischt, an einzelnen Stellen finden sich noch Trümmer mehr verschonter Hirnmasse oder Blutgerinnsel. Die kranke Stelle erscheint auch mehr geschwellt und ist meistens durch eine leichte Geschwulst der Gehirnrinde und Abplattung der Windungen angedeutet.

Mikroskopisch finden sich in diesen Herden nebst Detritus Blut, auch Exsudatzellen in verschiedenen Entwicklungsstufen etc. vor. Die Farbe ist verschieden, bald mattgrau, bald röthlich, auch durchgreifender roth (rothe Erweichung) oder mehr gelb, als weitere Metamorphose des Prozesses (gelbe Erweichung, früher als eigener Prozess aufgestellt).

Die nächste Umgebung befindet sich im Zustande der Hyperämie, des Oedem's (weisse Erweichung) oder der gelben Erweichung.

Diess gilt vorzüglich von jenen Herden, wo das Exsudat vorwaltend albuminös ist. Diese kommen auch zahlreicher vor.

Entzündungsherde mit vorwaltend faserstoffigem Exsudate sind seltener, und es ist die Stelle selbst derber anzufühlen, als im Normalzustande. Aber auch diese Herde sind von erweichter Hirnsubstanz umgeben.

Weitere Veränderungen dieser Herde sind; *a)* Umwandlung des Exsudats in Eiter, es bildet sich der Hirnabscess. Das Contentum ist gelber oder grüner Eiter, mit verschiedenen Beimischungen von Blut etc. Die Wandungen desselben bildet erweichte (roth, weiss oder gelb) Hirnmasse von zottiger zerklüfteter Oberfläche (acuter Abscess). Die Eiterung kann um sich greifen, der Eiter in die Kammern, den Sack der Arachnoidea oder nach aussen durch das Siebbein oder Felsenbein etc. entleert werden. Dieser Abscess kann auch lange bestehen (chronischer Abscess), er hat dann dicke glatte Wandungen, sein Inhalt ist wie eine Emulsion oder honigartig dick, oder dem Tuberkel ähnlich; auch Verkreidung des Contentums und Narbenbildung kann stattfinden.

Die Hirnmasse ersetzt sich nicht wieder, daher ist hiemit secundäre Atrophie verbunden.

Abscesse entstehen aber im Gehirne auch bei Pyämie durch das Absetzen und Zusammenfliessen kleiner Eiterpunkte mit Erweichung der umliegenden Substanz etc. Ihr Inhalt ist manchmal jauchig; Zahl und Grösse verschieden.

b) Die Cellular-Infiltration, Zellen-Infiltration (Fettmetamorphose). Im Herde, der auch scharf umschrieben ist, und ein flüssiges

mehr weniger trübes, molkenähnliches Contentum enthält, sieht man nach Abspülung des letzteren ein aus theils sehr feinen, theils gröberen Fäden bestehendes Netzwerk (Gefässe des Gehirns). In der molkenartigen Flüssigkeit sind Körnchenzellen, Körnchenhaufen, Fett enthalten. Das Netzwerk sind theils noch normale, theils in Fettumwandlung begriffene Gefässe. Die Menge der Fettkügelchen und der Flüssigkeit kann allmälig durch Resorption abnehmen, und es bleiben zuletzt Cysten, die das angegebene Netzwerk enthalten. Auch bei diesem Vorgange findet Atrophie des Gehirns statt.

Diese Art Umwandlung kommt nur bei alten, geschwächten Individuen, bei sehr chronischem Verlaufe vor.

Es gibt aber auch umschriebene Fettdegenerationen im Gehirne, wo alle Zeichen der Hyperämie und Reste des Exsudates fehlen.

Bei allen diesen chronisch bestehenden Formen (so wie au h bei Hirnblutungen, die sich zurückbilden) hat Türck an den erkrankten Parthien des Gehirns bis zum Austritte der betreffenden (im Leben gelähmten) Nerven eine ununterbrochene Reihe von Körnchenzellen und Fettkörnchen an der Stelle der Nervenfasern gefunden.

Aetiologie.

Sie kann in jedem Lebensalter vorkommen. Im ersten Lebensalter am häufigsten zur Zeit der Puerperal-Epidemien (Bednař). Sonst bei Kindern und jungen Leuten, primär nur nach traumatischen Einwirkungen. Bei älteren Leuten häufig spontan (man kann wohl immer unmerkliche mechanische Schädlichkeiten beschuldigen?).

Secundär bei Mittheilung von Seite der Caries der Schädelknochen, der Meningitis, bei Pyämie, bei Typhus, beim atheromatösen Prozesse der Gefässe, Verstopfung der Hirngefässe durch Gerinnsel (Virchow, Traube etc.), bei Endocarditis, in der Nähe von Aftergebilden, apoplectischen Herden, Eingeweidthieren im Gehirne etc.

Krankheitsbild.

1. Encephalitis, die nach bedeutenden mechanischen Verletzungen, oder aus Caries der Knochen etc. acut verlauft, ist von Meningitis allein nicht zu sondern.

Kommt es bei derlei Verletzungen zu kleinen Extravasaten, um welche sich dann die Herde bilden; sind die Herde in der Tiefe gelagert, und gestaltet sich der ganze Vorgang langsamer, so kann er wohl längere Zeit, ja selbst lang ohne wesentliche und ohne charakteristische Zeichen fortbestehen. Vielleicht periodische, fixe Schmerzen, entgegengehalten dem vorausgegangenen Trauma, und begleitet von wechselnden Reizungssymptomen können den Prozess vermuthen lassen.

Der Uebergang in Eiterung könnte periodische Schüttelfröste mit darauffolgender Hitze und grösserem Hirnreiz erzeugen.

Heftigere Symptome werden erst erzeugt bei Ausbreitung der Eiterung gegen die Peripherie (wenn die Häute in Mitleidenschaft gezogen werden), oder wenn der Eiter in die Ventrikel durchbricht.

Uebrigens wird angegeben, dass bei umsichgreifenden Abscessen, ihrem raschen Wachsen etc. periodische Convulsionen, epileptische Anfälle, Gemüths- und Geistesstörungen etc. beobachtet wurden.

Chronische, sich zurückbildende Abscesse können ohne alle Störungen oder mit sehr wechselnden Symptomen der periodischen Reizung, theilweiser Lähmung der verschiedensten Functionen herumgetragen werden, so, dass da von Diagnose gar nicht die Rede sein kann.

2. Auch viele der anderen Fälle, besonders bei jungen Leuten, die sich secundär bei Pyämie, in der Nähe von Aftergebilden etc. ausbilden, sind von Meningitis nicht zu scheiden. Anfangs meist Reizungssymptome vom verschiedenen Grade und von verschiedener Dauer, später die Zeichen der Lähmung, und zwischendurch wieder Schmerzen, Convulsionen etc.

Ein andermal kann hier aber auch mit einem Male im Verlaufe der anderen Krankheit Sopor und Hemiplegie eintreten; beide können unvollständig fortbestehen, mit Schmerzen, Zuckungen etc. bis zum Tode abwechseln; oder der Sopor kann gleich im ersten Anfalle heftig und tödtlich sein.

Für die Encephalitis der Kinder führt Bednař als diagnostisches Moment von Meningitis auffallende Remissionen, selbst Intermissionen des Fiebers an, während bei der Hirnhautentzündung das Fieber und der ganze Prozess mit gleicher Acuität fortschreitet.

3. Die Eigenthümlichkeit des Bildes tritt noch am deutlichsten in den bei älteren Leuten (vorzüglich Frauen, Schönlein) chronisch verlaufenden Fällen hervor, wesswegen auch von manchen Autoren nur diese Formen allein als Encephalitis aufgefasst werden. Hier bilden sich die Symptome der Nerven-Depression allmälig aus, und zwar weniger in gleichmässig fortschreitender Zunahme, als in gradweisen, absatzweise erfolgenden Verschlimmerungen.

Die Geistes- und Sinnesthätigkeit, so wie die Motilität der Zunge und der Glieder sind es, wo gleich vom Anfange die Läsion des Gehirns angezeigt wird.

Die Individuen werden geistesschwach, urtheilen schwer, verlieren das Gedächtniss, vergessen Namen und Ausdrücke; nebstbei

Schwäche in den Sinnen, am häufigsten in der Sehfunction, Abnahme der Motilität vorzüglich in der Zunge und den Gliedern, daher Stammeln, Steckenbleiben beim Sprechen, schleppender Gang, einzelne Glieder knicken zeitweise zusammen, sind functionsunfähig.

Diese Erscheinungen stellen sich nicht allein allmälig ein, sondern sie sind die erste Zeit scheinbar nicht bleibend, die Schwäche der genannten Nervenfunctionen ist nur für kurze Zeit (oft für einen Augenblick) da, hierauf bessert sich wieder die Kraft.

In den meisten Fällen ist ein zeitweiser, auf eine Stelle fixirter, meist heftiger Kopfschmerz zugegen, dessen Dauer, Qualität, Sitz ganz verschieden sein kann. Die Schwäche der Glieder und der Sitz des Kopfschmerzes zeigt manchmal gleich vom Anfange eine gewisse Halbseitigkeit; es wird der eine Fuss nachgeschleppt, der eine Arm ist der ungeschickte etc. etc.

Nachdem diese Zufälle einige, mehrere Monate und darüber gedauert haben, werden die Kranken von einem apoplectischen Anfalle (Bewusstlosigkeit und Lähmung) befallen, doch trifft sie dieser Anfall selten so plötzlich (daher auch das Umstürzen nicht so häufig), meist geht das Gefühl grosser Schwäche voraus, und die Bewusstlosigkeit ist nicht complet, die Kranken hören noch, wenn man sie laut anspricht, manche sehen etc.; die Lähmung ist eine halbseitige (nach dem Gesetze der Kreuzung auf der entgegengesetzten Körperhälfte), aber die Sensibilität ist nie ganz aufgehoben, und die Motilität entweder auch nicht ganz, oder wenn das Glied für kurze Zeit auch ganz gelähmt erscheint, tritt es nach dem Anfalle wieder auf einen höheren Grad der schon dagewesenen Schwäche in seine Functionen ein.

Lähmung der Blasenmuskeln gehört manchmal zu den Vorboten, bleibt in anderen Fällen nach einem stärkeren Anfalle zurück und ist dann bleibend.

Die Anfälle von Bewusstlosigkeit wiederholen sich, und es sind diese Wiederholungen sowohl ihrer Zahl als Stärke nach an kein Gesetz gebunden. Die betreffende Extremität wird in der Zwischenzeit von Schmerzen, von vorübergehenden oder bleibenden Contracturen, der Kranke vom seinen Kopfschmerz befallen, die Hemiplegie wird vollständig; die Schwäche des Geistes, der Sinne schon hochgradig.

Nie lässt sich nach den einzelnen Anfällen bestimmen, vermuthen, ob die Zunahme des Prozesses in der Vergrösserung des einen oder in der Bildung eines neuen Herdes gelegen sei.

In den einzelnen Anfällen, vorzüglich des Schmerzens sind wohl auch Hyperämien zum Kopfe und Gefässaufregungen vorhanden; im Allgemeinen geht die vegetative Seite rascher zu Grunde; die Kranken werden marastisch.

Aber auch diese Fälle können ohne deutlichen oder überhaupt bekannt gewordenen Vorboten mit dem Anfalle von stärkerer Bewusstlosigkeit und Lähmung (Apoplexie) beginnen und sehr rasch tödtlich verlaufen. Hier ist die Diagnose von Blutextravasat nicht leicht möglich.

Die differenzielle Diagnose wird am meisten dadurch gestützt, dass bei keiner anderen chronischen Hirnerkrankung so auffallende Remissionen, fast Intermissionen im Verlaufe beobachtet werden; und dass in den einzelnen Anfällen die Störungen des Bewusstseins und der Lähmungen weder so harmonisch ausgesprochen sind (Trousseau), noch nach dem Anfalle so fortbestehen, wie dieses bei anderen Formen der Hirnerkrankungen zu beobachten ist.

Die Dauer des ganzen Prozesses ist verschieden, von Monaten in die Jahre hinaus, ausgenommen jene Fälle, wo der erste Anfall tödtlich ist.

Prognose. An der Heilbarkeit aller hier angeführten Formen sowohl der acuten als chronischen ist nicht zu zweifeln, wie das die der Heilung angehörigen Vorgänge im anatomischen Befunde (Abkapselung der Abscesse, Zelleninfiltration, Cysten und Narben) beweisen. Auch werden diese umschriebenen Prozesse die längste Zeit ohne allen auffallenden Störungen vertragen, wie diess aus jenen Fällen hervorgeht, wo man auf derlei Veränderungen im Gehirne trifft, ohne auf ihr Dasein im Leben nur aufmerksam gemacht worden zu sein.

Andererseits verlaufen viele acut tödtlich, andere gehen unaufhaltsam den langsamen Weg zu einem dann unerwartet plötzlichen Tode.

Die Umstände, unter welchen das eine oder das andere Platz greift, sind nicht bekannt; und es dürfte daher im concreten Falle die Prognose nur durch Abschätzung allgemeiner Momente (Veranlassung, Alter des Kranken, seine Constitution, vorhandenes anderes Leiden etc.) approximativ gestattet sein.

Tödtlich werden diese Vorgänge durch Depression der Nerventhätigkeit (bald mehr rasch, bald langsam) oder durch Marasmus. Auch sterben die davon Befallenen an intercurrirenden anderen Erkrankungen.

Dass bleibende Lähmungen dadurch gesetzt werden können,

auch wenn der Krankheitsherd regressive Metamorphosen eingeht, ergibt sich aus dem, was Türck an den betreffenden Nervenfasern gefunden hat.

Therapie.

Bei den acut in jungen Individuen vorkommenden Fällen muss Anfangs die entsprechende Antiphlogose Platz greifen, und es gilt hier das, was bei Hyperämien und Meningitis hierüber gesagt wurde. Gestaltet sich manchmal die Sache hier chronisch (Hirnabscesse), so ist die grösste Vorsicht mit schwächenden Mitteln nothwendig und nie zu versäumen, den guten Fortgang der Gesammtvegetation entsprechend zu unterstützen.

Die chronisch verlaufende Erweichung kann durch schwächende Behandlung nur zu rascheren Fortschritten angeregt werden, wenn auch dieselbe manchmal in den Anfällen des Schmerzes, der Bewusstlosigkeit, zumal am Anfange der Krankheit im geringen Masse angewendet werden muss.

Kräftigung der vegetativen Functionen durch entsprechendes Regime, Diät etc., Vermeidung von äusseren Schädlichkeiten, namentlich stärkeren Reizen, Gemüthsaffecten, Geistes- und Körperanstrengungen, vorsichtige Leitung der allenfalls erkennbaren Complicationen, machen das rationelle Vorgehen des Arztes aus.

Leubuscher schlägt aus eigener Erfahrung Jodeisen, Schöller das empyreumatische Braunkohlenöl vor, Schönlein, Fuchs empfehlen Arnica, Naphtha, Ammonium etc.

Die belebende Methode dürfte symptomatisch häufig in den Anfällen zur Anwendung kommen; in den Zwischenzeiten mit Stimulantien fortzufahren, ist nicht rathsam. Opium, Morphium, Chloroform (vorzüglich als Einreibung) werden bei Schmerzen und Contractur gute Dienste leisten.

IV. Seröse Ergüsse in das Gehirn und in seine Umhüllungen.

Sie kommen vor

a) im Sacke der Arachnoidea als sogenannter Hydrocephalus externus;

b) im Gewebe und den Maschen der weichen Hirnhaut — als Oedem der Pia mater — meist über die Convexität oder die ganze Ausdehnung verbreitet. Das Gewebe der Pia erscheint dabei gelockert, sie ist leicht ablösbar vom Gehirne, manchmal trübe und leicht zerreisslich;

c) in der Substanz des Gehirns — als Oedem des Gehirns — sie finden sich daselbst manchmal über das ganze Gehirn verbreitet, oder besonders entwickelt an einzelnen Stellen.

Ein ödematöses Gehirn ist auffallend feucht, weich und blutarm. In höheren Graden ist die Hirnmasse geradezu zertrümmert, in einen weissen dünnen Brei (weisse oder hydrocephalische Erweichung) verwandelt.

d) In den Gehirnhöhlen als Hydrocephalus internus, oder Hydrocephalus schlechtweg.

Die Menge der angesammelten Flüssigkeit ist beim inneren Wasserkopf sehr verschieden, gewöhnlich bei der chronisch zu Stande kommenden mehr (2—6 Unzen und bei Kindern mehrere Pfunde), beim acuten meistens nur wenig.

Beim chronischen ist das Serum klar, die Auskleidungen der Ventrikel glatt, derb oder verdickt, das übrige Gehirn anämisch, bald weich, bald dicht, häufig sehr atrophirt, erscheint im Ganzen voluminöser und hat flache Windungen; entsteht der Wasserkopf, nachdem die Nähte schon geschlossen sind, so ist die innere Knochentafel auch häufig atrophirt.

Beim acuten ist die Flüssigkeit trübe, flockig, enthält zertrümmerte Hirnmasse; die Auskleidung der Kammern ist gelockert, uneben und mit der nächsten Umgebung im Zustande der weissen Erweichung; das übrige Gehirn manchmal hyperämisch, manchmal normal oder etwas anämisch. Uebrigens sind die Produkte dieser zwei Formen nicht immer so streng geschieden, es finden da eine Menge Uebergänge statt.

Bei Durchbruch von Abscessen in die Ventrikel oder bei dem Hydrocephalus acutus, wie er die Meningitis (vorzüglich basilaris) begleitet, ist das Contentum der Höhlen trübe, eiterähnlich, eiterig, enthält Exsudatkerne, Zellen etc.

1. Acute Hydrocephalie.

Was die Krankheits-Erscheinungen anbelangt, so ist in den acuten Fällen aus den Symptomen nie allein der nähere Sitz zu bestimmen, ob nämlich der seröse Erguss in die Höhlen oder in die Hirnsubstanz etc. stattgefunden habe; sie verlaufen mit mehr weniger Hyperämie und der seröse Erguss setzt, analog anderen Exsudaten, Torpor und Lähmung einzelner oder mehrerer Hirn- und Nervenfunctionen; dieses bleibt sich aber ganz gleich, ob der Erguss in die Pia, in das Gehirn oder die Ventrikel erfolgt ist; und es erscheint

uns am zweckmässigsten, alle diese Formen mit Leubuscher gemeinschaftlich als acute Hydrocephalie zusammenzufassen.

Die acute Hydrocephalie verläuft bald unter dem Bilde einer acuten Meningitis, oder in ihrem raschesten Verlaufe unter dem des Blutergusses in das Gehirn (Apoplexia, hinc Apoplexia serosa); weil es für die bei diesem Prozesse betheiligten Hirntheile ganz gleich bleibt, ob in dem einen Falle mehr plastische, in dem anderen mehr seröse Exsudation gesetzt wird; auch die diesen Vorgang einleitende Hyperämie hat für die Nervenfunction, daher auch für die Symptomengestaltung dieselbe Bedeutung.

Ist Hyperämie und Erguss sehr ausgebreitet, hochgradig und rasch, so müssen dieselben Erscheinungen auftreten, wie bei der Hyperämie mit darauffolgender Extravasation des Blutes. Der geringe Unterschied in den Symptomen, der in manchen Fällen deutlicher, in anderen gar nicht zu beobachten ist, ist zur Leitung der muthmasslichen Diagnose nicht ausreichend, und wir construiren unsere Diagnose auf acute Hydrocephalie vorzüglich aus den ätiologischen Momenten, den Constitutions-Verhältnissen des Kranken, und berücksichtigen nebstbei die Art und Aufeinanderfolge der Symptome (letztere Momente haben eine mehr beschränkte Anwendung als erstere, wie oben gesagt wurde).

Aetiologie.

Seröse Exsudate kommen acut unter Verhältnissen zu Stande, wo bei durch andere Momente eingeleiteten Hirnhyperämien die Exsudation darum keine vorwaltend plastische sein kann, weil dem Blute diese Stoffe mehr weniger fehlen (vor nicht langer Zeit als seröse Crase bezeichnet).

Diese Umstände sind nun geboten in der ersten Zeit des Lebens, in der Kindheit (vorzüglich bei Rhachitischen, Tuberculösen, Anämischen) und im höheren Alter; ferner im vorgeschrittenen Stadium anderer Krankheiten, wo entweder bereits viel plastische Stoffe abgesetzt oder die Constitution des Individuums herabgesetzt, das Blut ein wässeriges ist: so im späteren Zeitraume des Scharlachs, bei Morbus Brightii, bei Typhus, bei grösseren pneumonischen, peritonealen etc. Exsudaten, bei chronischer Tuberculose, Krebs, bei Herzfehlern, Emphysem, bei Säufern, zur Zeit, wo diese Individuen an Oedemen der Haut, Gedunsenheit etc. leiden, auch bei Scorbutischen etc. etc.

Mitwirkende Ursachen für das Moment der Hyperämie sind gewöhnliche äussere Schädlichkeiten, das Zahnen bei Kindern, schon frühere mechanische Hyperämien bei Herzfehlern, Verstopfungen der

Gefässe durch Gerinnsel etc.; Aftergebilde im Gehirne, Stasen, Verdickung der Hirnhäute (chronische Meningitis) bei alten Leuten, Geisteskranken, Säufern etc. etc.

Häufig ist eine acute Hydrocephalie nichts als ein neuer Nachschub eines chronisch verlaufenden.

Es ist hieraus ersichtlich, dass acute Hydrocephalien am häufigsten secundäre Erkrankungen sind; nichts destoweniger können sie sich aber auch primär ausbilden.

Krankheitsbild.

1. Unter den genannten Constitutions-Verhältnissen des Kranken treten mit dem Eintritte oder unter Steigerung des schon bestehenden Fiebers Hirnreiz-Symptome ein, denen dann die Zeichen der Depression folgen.

Die ersteren sind gewöhnlich nicht so hochgradig und von kürzerer Dauer als bei Meningitis: meist Kopfschmerz von geringerer Intensität und (wenn er länger andauert, durch bedeutende Remissionen ausgezeichnet) kurzer Dauer; bald folgen Erbrechen und Convulsionen, letztere partiell oder mehr allgemein, wiederholen sich in kürzeren und längeren Zwischenzeiten; mit dem Eintritte der Convulsionen verfällt der Kranke in Sopor, aus welchen er in den Pausen der Convulsionen nur anfangs noch, und nur dann erwacht, wenn die Anfälle längere Pausen beobachten (geschwächte Perception, Schwerhörigkeit, aufgehobenes Sehen, schwerfällige Sprache, so auch Trägheit der Iris bleiben gleich nach dem ersten Anfalle); häufiger aber ist der Sopor jetzt anhaltend, und es gesellen sich unvollständige partielle, seltener verbreitete Lähmungen hinzu. Der Sopor und die Lähmungen (diese manchmal noch mit Convulsionen wechselnd und nicht immer vollständig) dauern nur eine unbestimmte Zeit, bis entweder Nachlass der Symptome (welcher manchmal auch rasch erfolgt) oder der Tod eintritt.

Die Hyperämie in den äusseren Theilen ist meistens nicht so hochgradig wie bei Meningitis; das Fieber geringer.

Mit eintretender Lähmung ist aber der Collapsus rascher und bedeutender. Die Entleerungen sind anfangs angehalten, später erfolgen sie unbewusst.

Der Harn bietet nichts Charakteristisches, ist wie bei Morbus Brightii, oder wie bei Anämie, oder normal, oder im mässigen Grade Entzündungsharn.

Die Dauer dieses Verlaufes ist manchmal kurz von einigen Tagen (sowohl beim günstigen, wie beim ungünstigen Ausgang);

manchmal geht es zur Heilung nur langsam, so, dass auch einige und mehrere Wochen nothwendig sind, bis Motilität und Sinnesfunctionen zur Norm zurückkehren.

2. In seltenen Fällen tritt plötzlich Bewusstlosigkeit und Lähmung der Motilität und Sensibilität grösserer Körper-Parthien (z. B. Körperhälfte etc.) ein (Apoplexia serosa), und ist im Leben leicht mit Bluterguss zu verwechseln.

Kommt auch bei kleinen Kindern als Hydrocephalus acutissimus (selbstständig oder nach Scharlach etc.) vor, ist manchmal der Nachschub eines chronischen Hydrocephalus, und das entsprechende Bild rascherer seröser Ergüsse bei sehr decrepiden, erschöpften oder hydropischen Individualitäten.

Auf diese Weise sich gestaltende Exsudationen verlaufen sehr rasch und lethal.

Bei einer scharf umschriebenen Erweichung (ein hühnereigrosser Herd, von der Sylvischen Grube nach auf- und rückwärts sich erstreckend, welcher zwei Dritttheile des corpus striatum in seinen Bereich zog, und einen graulich weissen Brei, ohne Injection der Umgebung darbot) des rechten Grosshirns, welches sich bei einem sonst starken Mädchen am 20. Tage im Verlaufe des Abdominal-Typhus (in der Leiche fand sich das Stadium der Verschorfung und des Geschwüres vorwaltend) ausbildete, sahen wir Lähmung der linken Gesichtshälfte und linkseitige Hemiplegie rasch auftreten. Die Patientin lebte noch durch 4 Tage, inzwischen wechselte Contractur mit Lähmung; ziemlich starke Delirien mit tieferen Sopor ab.

Ausgänge:

1. Wenn die Menge des ausgeschiedenen Serums nicht zu gross ist, die Ausscheidung nicht zu stürmisch erfolgt und die zunächst getroffene Gehirnparthie nicht zerstört ist, kann bei sonst fehlender Complication Heilung erfolgen, was auch durch die Erfahrung bestätiget wird.

Ueber den Vorgang hiebei ist nichts weiter zu sagen; die Crisen sind die gewöhnlichen etc.

2. Die Resorption ist nicht vollständig, der Rest des Ergusses wird ohne oder mit mannigfachen Zufällen ertragen, und es verläuft der Zustand weiter wie chronischer Hydrocephalus (dieser Ausgang ist häufiger als der frühere).

3. Der Tod in Folge der ersten, raschen bedeutenden oder der späteren bald wiederholten Ergüsse. Ist wie aus den ätiologischen Momenten erklärlich, der häufigste Ausgang.

Therapie.

Ist nach denselben Grundsätzen einzuleiten, wie bei Meningitis

angegeben wurde, nur dürfte hier bei Hydrocephalien selbst zur stärkeren localen Antiphlogose selten die Anzeige gegeben sein; einige Blutegel (selbstverständlich auch die nicht in allen Fällen) und kalte Umschläge oder Begiessungen des Kopfes; nebstbei aber stärkere Ableitungen auf den Darmkanal und durch Hautreize, sind die Indicata.

Bei stillstehender Ausscheidung sind zur Bethätigung der Resorption Jodkali, weinsteinsaure Salze, Zitronen, nach Umständen auch Eiterungen in der Haut und entsprechend dem Vorgange eine die Vegetation fördernde Kost und Regime angezeigt.

2. Chronische Hydrocephalien.

a) Der chronische Hydrocephalus externus

ist als angeborner nur äusserst selten allgemein, und besondere diagnostische Zeichen fehlen ihm ganz; im weiteren Verlaufe des Lebens chronisch zu Stande kommende Serum-Ansammlungen im Sacke der Arachnoidea sind von chronischen Oedem der Pia etc. nicht zu unterscheiden.

b) Hydrocephalus chronicus internus.

α) Der Kindheit.

Der chronische Hydrocephalus internus ist am häufigsten angeboren und erreicht da, so wie wenn er in der ersten Zeit des Lebens (vor Schliessung der Fontanellen) erworben wird, die höchsten Grade (Hydrocephalus chronicus internus der Kinder).

Die Menge des Serums in den Höhlen beträgt bei den angebornen nicht selten über 10 Pfund, bei dem frühzeitig erworbenen 8—12 Unzen; die Hirnmasse ist, besonders nach dem Scheitel hin, ungemein verdünnt und im Verhältniss der Serummenge überhaupt vermindert; die Windungen des Gehirns ganz unkenntlich. Die Beschaffenheit des Serums ist, wie bei allen chronischen Ergüssen, wasserklar. Die Auskleidung der Kammern ist zäh und in verschiedenen Graden verdickt. Die Gehirnhäute sehr dünn.

Der Schädel ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sehr gross, die Stirn- und Scheitelbeine springen stark vor; die Fontanellen sind weit und gross, nicht selten fluctuiren sie; die Schädelknochen sind zart, dünn und breiter. Der Schädel überwiegt bedeu-

tend den Gesichtstheil des Kopfes. Die Verknöcherung an den Fontanellen zieht sich sehr in die Länge, sie geschieht unregelmässig mit überzähligen Ossificationspunkten, eingeschobenen und verschobenen Knochenstücken. Die Form des Schädels bleibt immer eine anormale, entweder mehr kugelige oder verschiedenartig verschobene. Die Stirnwölbung tritt stark hervor; die Decken der Orbita stehen mehr horizontal.

Die Functionsstörungen und Rückwirkungen, die ein solcher innerer Wasserkopf auf den übrigen Organismus ausübt, sind nun sehr verschieden.

Es richtet sich das theils nach dem Zeitpunkte, wo er ausgebildet wird (im Fötalzustande oder, und wann, später), nach vorhandenen Complicationen oder deren Mangel, nach der Grösse, die er gleich im Anfange erreicht, und den Umständen, ob er im mässigen Grade stehen bleibt, sich rückbildet, oder ob Nachschübe kommen etc. etc.

Hohe Grade tödten oft schon vor der Geburt oder bald darnach. Leichte Grade, deren Gegenwart aus der Bildung des Schädels erkannt wird, werden oft spurlos vertragen. Mässige Grade setzen mancherlei Störungen in den Functionen, sowohl der animalen als vegetativen Sphäre; diese sind nicht in allen Fällen gleich, weder der Zahl noch dem Grade und der Form nach, bestehen oft nur in den ersten Jahren des Lebens, oder kommen erst zu gewissen Zeiten (Dentition etc.) oder hier dann deutlicher zum Vorscheine, gehen in der Folge verloren, oder gelangen durch das periodische Wachsen (acute Nachschübe) der Ansammlung zu stets höheren Graden der Ausbildung.

Von diesen Symptomen und Störungen sind ausser dem bereits angeführten abnormen Verknöcherungsvorgange und Form des Schädels folgende die wichtigsten; und zwar:

im Säuglingsalter: ein ungewöhnlich starrer Blick, Strabismus, oder Schiefstehen des Auges nach Oben, Zittern der Augen, leichtes Erschrecken des Kindes, Zuckungen, convulsivische oder tetanische Zufälle bei Einwirkung selbst geringerer Veranlassungen; häufiges Aufschreien, vieles Wimmern, grosse Unruhe im Schlafe oder bei raschen Bewegungen des Körpers; manchmal grosse Schläfrigkeit selbst soporöser Zustand etc.;

in späterer Zeit: die Kinder lernen schwer gehen, können das Gleichgewicht nicht leicht erhalten, fallen häufig oder gehen sehr ungeschickt; ihr Geist ist träge, sie begreifen schwer, sprechen schwer oder bloss lallend; sind von schwächerer Muskulatur, blasser Haut mit durchscheinenden Venen; der Kopf ist gegen äussere Schädlich-

keiten, Stoss, Druck etc. sehr empfindlich; gerne folgen auf derlei Einwirkungen Ohnmachten, Zuckungen u. dgl.; die Verdauung ist meistens schlecht; der Stuhl ist angehalten. —

In höheren Graden ist die Motilität, besonders der unteren Extremitäten noch mehr beschränkt; die Sinne sind ganz stumpf; die Entwicklung der geistigen Thätigkeiten bleibt ganz aus oder ist noch mehr verzögert. Bei rascheren Bewegungen und Erschütterungen verfallen die Kinder in ein tieferes Coma. Die Entwicklung des Körpers geht gar nicht vor sich; die Weichtheile bleiben schlaff, welk, die Muskulatur ist armselig, der Kopf wird kaum getragen, Lähmung der Blase, des Mastdarms, manchmal Hemiplegie etc. etc.

Raschere Schübe des neuen Wachsthums geben sich im Verlaufe durch mehr anhaltende Reizungssymptome mit Fieber, Kopfschmerz, Erbrechen, Fraisen etc. kund; welchen dann durch längere Zeit Zunahme der bereits bestandenen Symptome folgen; oder diese Steigerung ist bleibend und steht bis zu dem dann rascher erfolgenden Tode fort.

Solche Schübe erfolgen aber auch ohne merkliche Symptome; etwas Fieber, welches stark remittirt, mässige Hyperämie zum Kopfe, grössere Schwellung der Hautvenen am Kopfe; diess dauert einige Tage, kann sich auch im weiteren Verlaufe wiederholen etc.

Aetiologie.

Das ursprüngliche Verhältniss des angebornen ist nicht näher bekannt. Er ist erblich in einzelnen Familien, und fällt hier nicht selten mit anderen Missbildungen (Wolfsrachen, Hasenscharte etc.), die andere Glieder der Familie treffen, zusammen.

Die geistigen Getränken, und noch mehr dem Opium-Genusse ergebenen Eltern sollen häufiger hydrocephalische Kinder erzeugen.

Der erworbene ist entweder ein angeborner geringen Grades, dessen Zeichen erst bei seiner Steigerung durch Einwirkung äusserer Schädlichkeiten, oder durch hinzutretende andere Krankheiten (Exanthem etc.), oder bei den Evolutions-Vorgängen deutlicher werden; oder er entsteht bei rhachitischen, tuberculösen, an Kreislaufsstörungen leidenden, bei anämischen, schlecht genährten Kindern etc. auf secundäre Weise; oder ist die Fortsetzung und der Rest eines durch active Hyperämien und Exsudation nach Scharlach, beim Zahnen etc. gesetzten acuten Hydrocephalus.

Ueber den Verlauf, die Dauer und die Ausgänge des angebornen, und des in der Kindheit erworbenen chronischen Hydrocephalus erübrigt nach dem bereits Angeführten nicht viel mehr zu

sagen. Höhere Grade enden rasch tödtlich; andere verlaufen mit verschiedenen Schwankungen kürzer oder länger fort; werden durch neue Hyperämien gesteigert, oder es kommt während ihres scheinbaren Stillstehens die Vegetation so weit herab, dass die Individuen an Anämie, an Atrophie sterben.

Vollkommene Heilung wird von vielen Aerzten bezweifelt; es gibt aber solche Grade von Besserung und Stillstehen, dass angenommen werden muss, es werde die noch allenfalls vorhandene Flüssigkeitsmenge ganz gut vertragen; denn ausser der abnormen Schädelbildung findet sich nichts Krankhaftes im Organismus und dessen Functionen.

In ähnlichen Fällen ist es, wo der durch Abgang des Serums erzeugte Raum durch grössere Menge von Hirnmasse, (Hypertrophie desselben) oder durch Verdickungen der Knochen ersetzt werden muss.

Es können aber auch mehr locale Störungen durch denselben unterhalten werden: Schielen, Schiefstehen des Auges, Schwäche des Sehvermögens, Sprechfehler, Motilitätsschwäche einzelner Theile, so auch Störungen der Geistesfunctionen, vorzüglich Blödsinn.

Die Dauer des angebornen wird verschiedentlich angenommen; nach Einigen dauert er nur bis zur Pubertät, nach Anderen auch weit darüber hinaus.

Ueber die Dauer des erst im Leben erworbenen, ob acut ob chronisch entstanden, lässt sich nichts Bestimmtes sagen.

Als Complicationen des angebornen Wasserkopfes finden sich hydropischer Sack am Hinterhauptsbeine, Hydrorrhachie, angeborne Rachitis etc. (Bednař).

Für den erworbenen gelten als solche: Rhachitis, Drüsentuberculose, Anämie, Herzfehler, chronische Hautausschläge etc. etc.

Die spezielle Prognose möge nach den bereits so oft angeführten Grundsätzen, den eben dargestellten Verhältnissen entnommen werden.

Therapie.

Beim angebornen, oder bei Rhachitismus, Tuberculose, Anämie, etc. erworbenen Hydrocephalus ist die Constitution zu verbessern: entsprechende Diät, frische Luft, Reinhaltung des Körpers durch fleissiges Baden und Waschen.

Stärkere Reize ohne Unterschied sind entfernt zu halten; zeitweisen Hyperämien durch kalte Umschläge, leichte Hautreize etc. zu begegnen. —

Die mannigfach sich ergebenden Verdauungs-Störungen durch Rheum, Magnesia, Krebsaugen u. dgl. zu beheben.

Innerlich werden Oleum jecoris aselli, Jodkali, phosphorsaurer Kalk mit und ohne Eisen gelobt.

Von äusserlichen Mitteln, welche den Stillstand und die Verminderung des Piozesses unterstützen sollen, wird von Einigen der Compression des Kopfes mittelst Heftpflasterstreifen das Wort geredet.

Die Punction mittelst eines kleinen Troicar's hat sich meistens erfolglos bewiesen.

Bei den nach acutem Vorgange zurückbleibenden Serum-Ansammlungen, die nie so hohen Grades sind, ist nebst dem diätetischen und die vegetativen Functionen regelnden Verfahren die Aufmerksamkeit dahin zu richten, dass keine neuen Hyperämien eintreten, und im Falle diess geschieht, dieselben nicht zu stark und andauernd werden mögen.

β) Chronischer Hydrocephalus der Erwachsenen.

Auch höhere Grade von Serum-Ansammlungen können in reiferen Jahren auf chronische Weise zur Ausbildung gelangen.

Auch sie sind entweder die Reste eines im Mannesalter nach und mit acuten Krankheitsprozessen angeregten acuten Hydrocephalus (z. B. nach Scharlach, Typhus etc.), oder sie entstehen secundär nach abgelaufener Encephalitis, Meningitis, Apoplexie, oder bei Tuberkel, Cysten etc. im Gehirne, beim Schwund des Gehirnes (Hydrocephalus ex vacuo), bei Geisteskranken, Säufern; aber auch selbstständig, ohne dass für die passive Stase ein hinreichendes mechanisches Moment nachzuweisen wäre, und es werden diese letzteren Formen darum auch mehrseitig als nur aus dem früheren Lebensalter mitgeschleppt betrachtet.

Die Grade dieser Ansammlungen sind nie so bedeutend, höchstens einige Unzen betragend.

Der Symptomen-Complex dieses chronischen mit ganz normaler Schädelbildung vorkommenden Hydrocephalus ist sehr verschieden, bald verläuft er ohne allen Zeichen, wie vorzüglich der die Involution des Gehirns begleitende, oder nach Apoplexie folgende; bald sind seine Symptome mehr anhaltend und reduziren sich auf mannigfache Störungen der Sinne (vorzüglich des Gesichtssinnes), der Motilität, und besonders der intellectuellen Thätigkeit.

Oder es treten periodische Zufälle von sehr verschiedener Dauer

ein, die entweder durch seinen Bestand, oder durch stossweises Wachsthum bedingt, bald mit den Zeichen grösserer oder geringerer Hirnhyperämie verlaufen, schon dagewesene Störungen bleibend steigern, oder mit dem Anfalle spurlos verschwinden.

Solche Zufälle sind periodische Schmerzen, Schwindel, Gereiztheit des Gemüthes, periodische Manie, Epilepsie etc. etc.

Von irgend welcher genaueren Diagnose ist hier nicht die Rede, besonders in dem noch kräftigeren Mannesalter, wenn man nicht die Zufälle an die einmal bestandene acute Hydrocephalie anschliessen kann.

Seine Dauer und sein Verlauf sind verschieden, er kann viele Jahre bestehen, das Individuum kann an einer intercurrirenden Krankheit sterben, oder durch wiederholte, besonders raschere Schübe desselben (manchmal unter dem Bilde der Apoplexie) getödtet werden; oder plötzlich ganz unerwartet, ohne auffallenden Symptomen, verscheiden.

Ueber Therapie der hier erwähnten Formen ist nichts Besonderes zu sagen.

c) Mehr local zu Stande kommende chronische Oedeme der Pia, Ansammlungen im Sacke der Arachnoidea etc. verlaufen unter dem Bilde chronischer Hyperämien, chronischer Meningitis, oder so, wie chronisch sich ausbildende Aftergebilde etc.

Mässige, selbst höhere Grade des chronisch zu Stande kommenden Oedem's der Pia, der serösen Durchfeuchtung des Gehirns, des Hydrocephalus internus bilden sich bei passiven Hyperämien des Gehirns unter allen Formen der mit Hydrops einhergehenden Zustände aus, und bestehen meist ohne allen eigentlichen Symptomen fort. Das Gehirn gewöhnt sich an den allmälig beigebrachten Druck etc.

V. Bluterguss in das Gehirn und seine Umhüllungen. Apoplexia sanguinea.

Unter Apoplexie, Schlagfluss, versteht man im Allgemeinen dem Wortlaute nach eine plötzlich eintretende, mehr oder minder vollkommene Bewusstlosigkeit, mit Verlust der Bewegung und des Gefühls. Der Kranke stürzt wie von einem Schlage, vom Blitze getroffen zusammen.

Die pathologische Anatomie bedient sich aber dieses Ausdruckes, um damit den Austritt des Blutes in das Gewebe der Organe zu bezeichnen, und so spricht man von Apoplexia cerebri, pulmonum, cutis etc. etc., und zwar gleichbedeutend mit Haemorrhagia cerebri, Extravasat in die Lungen, die Haut etc.

Die praktischen Aerzte verstehen unter Apoplexia schlechtweg, oder Apoplexie im engeren Sinne jenen Zustand, der an Lebenden durch den Austritt des Blutes in das Gehirn, und dessen nächste Umgebung erzeugt wird, und welcher sich durch das harmonische und gleichzeitige Auftreten von Bewusstlosigkeit, Bewegungs- und Empfindungslosigkeit ausspricht.

Wie wir aber schon gesehen haben, können auch hochgradige, rasch auftretende Hyperämien, oder rasche Ergüsse, namentlich von serösen Exsudaten, dieselben Erscheinungen hervorbringen, und so geschieht es, dass wir sowohl am Krankenbette, als an der Leiche von einer Apoplexie schlechtweg, von einer Apoplexia serosa und Apoplexia vascularis sprechen.

Hier soll vorerst von dem wahren Bluterguss in das Gehirn, und dann als Anhang über die Apoplexia serosa etc. gesprochen werden.

Die Hämorrhagien in die Hirnhäute sind selten für sich, meist nur mit der des Gehirns bestehend; sind auch selten umfangreich. Die grösseren (aber auch seltensten) sind die, welche in den Sack der Arachnoidea stattfinden, und werden bei Kindern, alten Leuten, Geisteskranken gefunden.

Sie gehen bei längerem Bestande die Metamorphose in eine Art Cystenbildung ein, in welchen der Rest des Blutes eingeschlossen ist, und welche Cysten nach ihrer Grösse etc. Druck auf das unterliegende Gehirn ausüben können.

Die Hämorrhagien in das Gehirn sind häufiger; und sie erscheinen entweder als capillare Blutungen, oder als apoplectische Herde. — Letztere entstehen entweder a) durch das Zusammenfliessen mehrerer kleiner Extravasate, wo gleichzeitig die inzwischen liegende Hirnmasse erweicht und zerquetscht wird. Diese Herde sind häufiger in der Nähe von Entzündungsherden u. dgl., lassen sich übrigens von rother Erweichung (einzelnen Encephalitis-Formen) nicht sondern; b) oder durch grössere Blutung mit einem Male. Diese letzteren sind der eigentliche Typus für Hirnblutung.

Die Form der meisten Herde ist eine rundliche; kleinere Blutungen sind manchmal streifenähnlich; wenn rundliche Herde zusammenfliessen, so geben sie unregelmässige Formen, zerklüftete Herde.

Die Grösse der Herde ist verschieden; sie sind von der Grösse einer Erbse, einer Nuss, einer Mannesfaust und darüber. Sie erreichen ihre Grösse entweder gleich durch den einmaligen Austritt des Blutes, oder durch eine wiederholte Blutung in demselben Herde, oder

durch das Zusammenfliessen mehrerer kleinerer Herde. Die Anzahl der Herde ist verschieden, bald ein einzelner, häufiger sind ihrer mehrere, der Grösse nach verschiedene, und nicht selten symmetrisch gelagerte.

Ihr vorzugsweiser Sitz ist das Grosshirn, insbesondere die corpora striata und die thalami optici, von diesen aus das centrum semiovale, dann die graue Substanz der Windungen.

Selten sind sie im kleinen Gehirne, noch seltener in der Varolsbrücke, dem verlängerten Marke, am seltensten in den Vierhügeln, dem Balken, und in letzteren Theilen nur mit gleichzeitigen grösseren Herden an anderen Stellen.

Selbstständige Blutungen in die Ventrikel gehören zu den grössten Seltenheiten (kommen nur bei übermässiger Ausdehnung der Wandungen bei Hydrocephalus vor), doch setzen sich grössere Blutungen des Streifens und Sehhügels in sie hinein fort. Von den Seitenkammern ergiesst sich das Blut in die übrigen Höhlen und den Sack der Arachnoidea. Apoplectische Herde an der Peripherie ergiessen ihr Blut oft über den ganzen Umfang des Gehirns etc. etc.

Die nächste Umgebung des Herdes ist in verschiedenen Graden erweicht, roth getränkt.

Bei grösseren Herden ist die betreffende Hemisphäre geschwellt, mehr gewölbt, nicht selten fluctuirend; die Windungen platt gedrückt, die Meningen blutleer etc. etc.

So wie mehrere Herde von verschiedener Grösse gefunden werden können, finden sich auch Herde vom verschiedenen Alter vor, das heisst: frische und schon ältere, in der Heilung begriffene.

Die Herde heilen durch Bildung einer apoplectischen Cyste, die zuletzt eine apoplectische Narbe (Schwielen) zurücklässt.

Bis zur Bildung der apoplectischen Cyste verfliesst ein Zeitraum von 2—3 Monaten; die Zeitdauer der weiteren Heilung ist ganz unbestimmt (Rokitansky).

Krankheitsbild.

Wie bei der Darstellung des Verlaufes und den ätiologischen Momenten ersichtlich gemacht werden wird, gehen dem apoplectischen Anfalle (Blutaustritt in das Gehirn) nicht immer Vorboten voraus, auch beweiset ihre Gegenwart nicht immer einen und denselben Zustand; es lässt sich somit aus diesen Symptomen auch nicht die nothwendige Folge des Anfalles deduziren. Da jedoch in der grösseren Anzahl von Fällen dieselben beobachtet werden, so erscheint es zweckmässig dieselben hier anzuführen.

Vorboten, die gewöhnlich dem Anfalle von Apoplexie vorausgehen sind: Schwere des Kopfes, Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen, Schwerhörigkeit, Schwarzsehen, Schwere in den Gliedern, und das Gefühl von Pelzigwerden oder Eingeschlafensein derselben, erschwerte oder gehinderte Motilität einzelner Muskel, besonders der Gesichtsmuskel, der Zunge, doch auch der Extremitäten, daher Stammeln, Stottern, unsicherer schwankender Gang; Schwäche der Sinnesperception Gereiztheit oder Apathie des Gemüthes, Trägheit des Geistes, Gedächtnissschwäche.

Diese Vorboten mangeln in einzelnen Fällen ganz; nie sind sie in ihrer Combination und Reihenfolge beständig; der Dauer nach ganz verschieden: am gewöhnlichsten gehen sie lange (Monate) voraus, sind mehr vorübergehend und untereinander wechselnd. Einige derselben, als: Sinnestäuschungen, Schwere des Kopfes, Kopfschmerz, Schwindel gehen meist dem Anfalle unmittelbar voraus, und sind von Hyperämie der äusseren Theile des Kopfes: heisser Stirne, gerötheten Wangen, injicirten Augen begleitet.

Der Anfall (Extravasation) charakterisirt sich durch das plötzliche und harmonisch sich entsprechende Eintreten von Bewusstlosigkeit und Lähmungen, sowohl der motorischen als sensiblen Nerven.

Mögen Vorboten unmittelbar vorausgegangen sein oder nicht, das plötzliche und gleichzeitige Auftreten so grosser Functionsstörungen ist immer für die Umgebung überraschend.

Der Kranke fällt wie vom Blitze getroffen zusammen und bleibt bewusstlos, ohne Zeichen einer bestehenden Sinnesperception oder geistigen Thätigkeit.

Die Lähmung trifft zugleich die Bewegungs- wie Empfindungsseite grösserer Muskelparthien; die der willkührlichen Muskel treten auffallender in die Erscheinung, nur ist die Grenze der Lähmung im Anfalle selbst schwer zu bestimmen.

Der Kranke sinkt oder stürzt nach der gelähmten Seite hin, die Extremitäten dieser Seite folgen passiv dem angebrachten Zuge ohne allen Widerstand, in die Höhe gehoben und ausgelassen fallen sie gleich todten Massen herab; die der anderen Seite leisten beim Aufheben einigen Widerstand. Reiben, Stechen, Kneipen der Haut bringen keine Empfindungs-Aeusserung hervor.

Der Gesichtsausdruck ist verändert, die Augen stier und glotzend, der Mund verzogen, der eine Winkel steht tiefer. Das Athmen ist langsam, selten, tief und schnarchend; Backen und Lippen

werden durch die exspirirte Luft aufgeblasen. Der Puls ist selten (die Frequenz sinkt auf 40 und darunter herab), dabei voll und gross.

Der Kranke kann nichts schlucken, in den Mund gegossene Flüssigkeiten fliessen wieder aus.

Der Harn fliesst bald, oder nach einiger Zeit (gewöhnlich) unwillkührlich ab; der Stuhl ist angehalten.

Gewöhnlich sind noch: Röthe des Gesichtes, injicirtes Auge, Pulsiren der Kopfarterien, Kälte der Extremitäten zugegen.

Weiterer Verlauf.

Aus diesem Anfalle erwacht nun der Kranke entweder nicht weiter, und stirbt nach kürzerer oder längerer Zeit, nachdem der Collapsus in den äusseren Theilen noch stärker, das Athmen und der Puls aussetzend geworden sind etc.

Oder aber es treten in den wesentlichen Symptomen oft schon nach einigen Stunden auffallende Veränderungen hervor; diese sind: theilweise oder völlige Rückkehr des Bewusstseins und Beschränkungen der Lähmungen auf einzelne Körpertheile.

Die Rückkehr des Bewusstseins gehört nach dem Anfalle bei günstiger Gestaltung zu den ersten Zeichen; sie ist jedoch selten vollständig, und erfolgt in den meisten Fällen nur langsam und allmählig; das Erinnerungsvermögen ist wieder dasjenige, welches am längsten auf sich warten lässt, und die Selbstthätigkeiten des Geistes kommen auch erst später; solche Kranke liegen meist noch längere Zeit im mehr soporösen Zustande dahin.

Die Lähmungen treten nach dem Anfalle abgegrenzter hervor; sie stellen sich gewöhnlich als Hemiplegie (der dem Extravasat entgegengesetzten Seite) dar; manchmal sind nur einzelne Glieder und dann häufiger eine der oberen Extremitäten gelähmt.

Die weiters auffallenden Lähmungen betreffen die Muskel des Gesichtes und der Zunge; auch sie kommen häufig in gekreuzter Richtung vor (an der dem Herde entgegengesetzten Seite), doch sind sie zuweilen gleichseitig.

Die häufigsten Lähmungen sind hier die des Buccinator, des Aufhebers der Oberlippe und des Mundwinkels, des Aufhebers des oberen Augenlides. Manchmal ist durch die schiefe Stellung des Mundes, das Herabhängen des gelähmten Augenlides etc. der Gesichtsausdruck entstellt; durch die ausströmende Luft beim Athmen wird die eine Backe aufgeblasen.

Die Zunge kann nicht oder schwer herausgestreckt werden, die

Spitze weicht nach der einen Seite; Kauen, Schlucken, Sprechen sind in verschiedenen Graden erschwert oder unmöglich.

Die Sensibilität ist an den gelähmten Theilen doch meist nicht so vollständig erloschen.

Von den Sinnesnerven ist der Sehnerv derjenige, der am häufigsten und längsten mannigfache Behinderungen seiner Function beobachten lässt.

Nachdem diese Besserung in bald höherem, bald minderem Grade, bald früher, bald später eingetreten ist, kann abermals eine auffallende Verschlimmerung der Symptome eintreten und der Kranke in tiefen Sopor verfallen, um daraus nicht mehr zu erwachen, (neuer Herd oder fortgesetzte Blutung in den ersten).

Aber auch ohne dem stellen sich gewöhnlich in den ersten 5—6 Tagen nach dem apoplectischen Anfalle Erscheinungen von Hirn-Hyperämien und Gefässaufregung ein: Steigerung des Sopors, Sinnestäuschungen, Kopfschmerz, leichte Delirien, rothes turgescirendes Gesicht, injicirte Augen, frequenter stärkerer Puls etc. Sie sind dem Grade nach verschieden, dauern verschiedentlich lang, führen eine Steigerung der durch den Anfall gesetzten Symptome, manchmal auch den Tod herbei; oder verlaufen nach kurzer Zeit, und es bleiben Geistesschwäche und Lähmungen Monate und Jahre lang zurück, um allmählig, meist doch nur theilweise gebessert zu werden.

Hiemit hätten wir die Beschreibung einer deutlich ausgesprochenen Hirnblutung höheren Grades mit dem durch sie selbst bedingten, und wenn auch seltenen, doch günstigen und reinen Verlaufe gegeben.

Doch gibt es hievon eine Menge Varietäten, zu deren richtigen Deutung es aber erforderlich ist, das Nothwendige über Aetiologie und Entstehung des Prozesses vorauszuschicken.

Aetiologie.

Gefässbrüchigkeit (auch leichtere Zerreisslichkeit) und Blutanhäufungen im Gehirne sind zunächst die Bedingungen, unter deren Bestand Hirn-Apoplexien am leichtesten zu Stande kommen. Die erstere findet sich bei Texturveränderungen der Gefässhäute als: Verminderung ihrer Dicke, atheromatöse Entartung, Bildung von aneurismatischen Ausdehnungen und bei Störungen der Ernährung im Allgemeinen (als Typhus, Morbus Brightii, Scorbut etc.), so wie bei localen, im Gehirne vorkommenden, als: Entzündung, Erweichung, Hydrocephalus etc.

Die Hyperämien und Congestionon werden durch die bereits oben angegebenen Umstände begünstigt, doch sind hier am meisten

diejenigen in Anschlag zu bringen, die durch das Bestehen von Herzkrankheiten (und vorzüglich durch Hypertrophie des linken Ventrikels), durch Atrophie des Gehirns, durch Venen-Obturation und Druck von Seite im Gehirne gelagerter Geschwülste etc. zu Stande kommen.

Unter diesen Bedingungen, namentlich wo beide derselben concurriren, kann das Extravasat ohne weiterer Gelegenheits-Ursache erfolgen; doch ist diess in der Regel nicht der Fall, meist tritt noch irgend eine äussere Schädlichkeit als letztes Agens hinzu, und es stellen sich dem häufigeren Vorkommen nach die oben angeführten Zustände mehr als die disponirenden Momente zu Apoplexien dar; und diess um so mehr, als auch ohne deren nachweisbarem Bestande Blutaustretungen im Gehirne zu Stande kommen, und die Mehrzahl der Herzhypertrophien und atheromatösen Prozesse etc. ohne Hirnblutungen verlaufen.

Die Ausbildung der genannten Zustände ist häufig mit anderen localen Prozessen oder allgemeinen Constitutions-Verhältnissen (theils Krankheiten, theils den Lebensabschnitten entsprechenden Veränderungen) combinirt, und so sehen wir als am meisten zur Apoplexie disponirt: das mittlere und höhere Alter (zwischen 40—70), das männliche Geschlecht, Herzkranke, Emphysematöse, Plethorische, gedunsene Individuen, Säufer, Scorbutische, Reconvalescenten nach Typhus, an Hydrocephalus, Aftergebilden im Gehirne Leidende, so wie solche, die ein müssiges Wohlleben führen etc.

Eine erbliche Anlage lässt sich nicht in Abrede stellen. Gewisse Luftconstitutionen, namentlich die Aequinoctial-Perioden begünstigen ebenfalls deren Zustandekommen.

Der von älteren Aerzten als Habitus apoplecticus bezeichnete Körperbau: grosser Kopf, kurzer dicker Hals, breite Schultern etc. verdient nicht die ihm zugewiesene allgemeine Gültigkeit; doch sind Apoplexien häufiger bei fetten, gedunsenen, vollblütigen Individuen, oder solchen, die solches kurz früher gewesen sind, als unter den entgegengesetzten Verhältnissen.

Gelegenheitsursachen, deren Antheil oft nur ein sehr geringer, oft aber ein sehr erheblicher ist, und bei jungen Leuten und Kindern ganz allein das Zustandekommen der Hyperämie mit darauffolgender Hämorrhagie erklärt, sind: mechanische Einwirkungen, grosse Hitze, heftige Gemüthsbewegungen, starke körperliche Anstrengungen (Laufen, Springen, Drücken beim Stuhlgang etc.), Ueberladung des Magens, Berauschung, rascher Temperaturswechsel etc. etc.

Capillar-Apoplexien, und zwar sehr zahlreiche, nebst Anhäufung

des schwarzen Pigments in der grauen Substanz des Hirns, in der Milz und Leber haben Heschl, Meckel, Virchow, Planer bei solchen Individuen gefunden, welche früher an Intermittens gelitten haben.

Formvarietäten des Hirn-Extravasats.

Die verschiedenen ätiologischen Verhältnisse, die verschiedene Grösse und der Sitz des apoplectischen Herdes, dessen langsameres und schnelleres Zustandekommen, die gleichzeitig mitbestehenden anderweitigen Erkrankungen, vorzüglich des Gehirns bedingen eine sehr grosse Anzahl von Varietäten desjenigen Bildes, welches wir oben für einen heftigeren Bluterguss im Gehirne entworfen haben.

Es lassen sich auch alle diese Varietäten weder des Gesammtbildes, noch der einzelnen Symptome unter eine gewisse Anzahl von Schemata zusammenfassen, und es muss genügen, auf die Hauptverschiedenheiten und deren nächste Begründung hingewiesen zu haben.

Was vorerst die oben als Vorboten angeführten Symptome anbelangt, so lassen sich wohl die meisten derselben auf eine dem apoplectischen Anfalle vorausgehende Hyperämie zurückführen; doch können sie auch fehlen, und es besteht zwischen ihnen und dem Blutaustritte selbst kein nothwendiges Causal-Verhältniss; sie bestehen häufig Monate und Jahre lang voraus mit verschiedenem Wechsel des Grades und der Combination ihres Bestehens, sie können der Hyperämie oder anderen complicirenden Hirnzuständen, selbst bereits geschehenen kleineren Blutaustretungen angehören; denn man findet in den Leichen häufig genug kleinere ältere Herde oder apoplectische Cysten, die im Leben keine wesentlicheren Functionsstörungen gesetzt haben, und wo die betroffenen Individuen entweder an anderen Krankheiten oder an einem später erfolgten stärkeren Blutergusse gestorben sind.

Diese Vorboten haben somit gar nichts Bestimmtes, können sich sehr verschiedenartig der Zahl, Dauer und dem Grade nach gestalten; und wenn sie auch in den bei weitem zahlreicheren Fällen dem grösseren Blutaustritte stets vorausgehen, so liegt ihre geringere diagnostische Bedeutung vorzüglich darin, dass sie eben für sich allein keine bestimmte Deutung zulassen.

Das Extravasat selbst kann zu Stande kommen, ohne dass das oben gezeichnete Bild zu beobachten wäre; nach den Ergebnissen der pathologischen Anatomie können kleinere Herde spurlos getragen werden, oder es sind weder bleibende, noch hochgradigere Störungen in ihrem Gefolge; diess gilt von kleinen, langsam zu Stande kom-

menden Extravasaten an denjenigen Stellen des Gehirns, an welchen keine bestimmte Functionirung gebunden ist.

Grössere Blutungen kommen wohl immer unter den Erscheinungen des Coma zu Stande, doch dauert dasselbe oft nicht lange, und nur die bleibenden Lähmungen lassen das Extravasat diagnosticiren; die Störungen des Bewusstseins fallen hiebei um so geringer aus, je langsamer die Blutung erfolgt; und so sehen wir apoplectische Anfälle erfolgen, wo das Coma kurz oder die Bewusstlosigkeit nicht hochgradig gewesen, der Kranke einige Zeit im soporösen Zustande verblieben, und hieraus oder aus dem kurzen Coma mit Lähmungen erwacht.

Sehr grosse Blutungen in eine oder beide Hemisphären oder mit Durchbruch und Erguss in die Ventrikel einhergehende setzen die höchsten Grade von Coma und allgemeine Paralyse mit rasch tödtlichem Verlaufe.

Auch nach dem Sitze des Extravasats wechseln die Zeichen der geschehenen Apoplexie.

Während kleinere Herde in vielen Theilen des Grosshirns ohne oder mit geringfügigen Symptomen bestehen können, wie bereits gesagt wurde, so ist ihr Zustandekommen an anderen Stellen immer von heftigeren Erscheinungen begleitet; so die Apoplexie in den Wandungen der Seitenventrikel und den Hirnschenkeln (mit Hemiplegie, Lähmungen der Gesichts- und Zungenmuskel nach vorausgegangener Bewusstlosigkeit) oder in der Varolsbrücke (mit doppelseitiger Lähmung, Nacken-Contracturen, stöhnenden und unregelmässigen Athmen).

Langsam zu Stande kommende Extravasate setzen in weniger auffallender Weise ihre Erscheinungen; ferner haben auf den Grad und die Dauer des Anfalles sowohl, als der bleibenden Symptome noch anderweitige Zustände des Gehirns einen wichtigen Einfluss.

Anders gestaltet sich eine mässige Blutung, wenn sie für sich, und anders, wenn sie neben Encephalitis, Hydrocephalus etc. entsteht.

Bei gleichzeitiger Hyperämie oder Blutung der Hirnhäute, oder bei Fortsetzung der Blutung gegen dieselben treten häufig Convulsionen ein.

Bei jungen kräftigen Individuen, wo der ganze Prozess durch active selbstständige Hyperämien eingeleitet wird, dauern diese letzteren oft einige Zeit, sind mit grossem Gefässturm verbunden. Dieses mit den darauffolgenden Lähmungssymptomen stellen das täuschende Bild einer Meningitis dar.

Entgegengesetzt diesen letzteren mit starker activer Hyperämie

eintretenden Blutungen können andere mit auffallenden Zeichen von Anämie in den äusseren Theilen (Blässe des Gesichtes, verfallenen Zügen, minderer Temperatur etc.) verlaufen; insbesondere sind diess sehr starke oder fortgesetzte Blutungen oder apoplectische Herde in schon anämischen herabgekommenen Individuen.

Ausgänge.

1. Der bei weitem häufigste ist der Tod; er tritt entweder unmittelbar durch die Blutung oder durch einen im Gehirne eingeleiteten secundären Prozess ein; das erstere findet statt bei allen grösseren oder gleichzeitig sich bildenden mehreren Herden; bei Blutungen in die Varolsbrücke, beim Durchbrechen der Blutung in die Hirnhöhlen oder auf die Oberfläche des Gehirns; die den tödtlichen Ausgang bedingenden secundären Prozesse können sein: heftige andauernde Hyperämien, Oedeme, Erweichungen in der Nähe des Herdes, Meningitis.

In allen diesen Fällen erfolgt der Tod in den ersten Tagen oder Wochen; letzteres dann, wenn die Wiederholung der Blutung später erfolgt, oder durch die secundären Prozesse.

2. Theilweise Genesung; vollkommene Genesung ist sehr selten, die theilweise häufiger.

Steht die Blutung auch still, ist die zur Einleitung der Heilung nothwendige Reaction auch günstig (unter den gewöhnlichen Crisen abgelaufen), tritt auch sonst kein Hinderniss störend in den Weg, so bleiben doch in den meisten Fällen Störungen wichtiger Functionen zurück; die häufigsten sind Geistes-, vorzüglich Gedächtnissschwäche, Hemiplegie, zumal an der oberen Extremität mit gleichzeitiger Contractur (wegen des Uebergewichtes der Beuger), an der Zunge, den Gesichtsmuskeln; Lähmungen der Blase, des Mastdarms. Manchmal epileptische Zufälle, Geisteskrankheiten, Hydrocephalus chronicus; gleichzeitig bleibt manchmal die Vegetation darnieder liegen, ein bleibendes Siechthum bildet sich aus, welches mit dazutretenden Localaffectionen: Pneumonie, Decubitus, Follicular-Verschwärung des Darmes, Morbus Brightii, bald früher, bald später, immer aber einen frühzeitigen Tod herbeiführt.

Die an der Stelle des Herdes zu Grunde gegangene Hirnmasse und die Fettdegeneration der von dort aus betheiligten Nerven sind die nachweisbaren Ursachen der rückbleibenden Störungen, Lähmungen etc.

3. In den günstigsten Fällen, deren reinen Verlauf wir oben angeführt haben, und der wohl nur bei mässiger Extravasation, bei

sonst günstigen Nebenumständen Platz greifen kann, tritt nach und nach, zuerst in der geistigen Sphäre, dann auch in den gelähmten Gliedern die alte Thätigkeit wieder ein, die obere Extremität bleibt am längsten gelähmt; ebenso stellen sich Sprachfähigkeit und das normale Gedächtniss am spätesten ein.

Leichte Ermüdung, Unfähigkeit zu angestrengteren, sowohl geistigen als körperlichen Arbeiten charakterisiren aber auch diesen seltenen Ausgang.

Die Complicationen der Hirnblutung sind nach dem Gesagten sehr mannigfach; und es erübrigt nur noch hier auf das gleichzeitige Vorkommen der Intermittens mit Symptomen der Apoplexie aufmerksam zu machen. Die mit Intermittens (aperta oder larvata) vorkommenden Hyperämien des Gehirns erzeugen wohl meistens, insbesondere in den ersten Anfällen starke Hirnreizsymptome; aber es kann das Vorkommen von Intermittens unter dem Bilde eines apoplectischen Anfalles nicht in Abrede gestellt werden. Aeltere Erfahrungen sprechen dafür, und aus den oben angeführten Sectionsbefunden der nach längerer Dauer der Intermittens an Gehirnapoplexie Verstorbenen stellt sich die Geneigtheit zu Apoplexie bei solchen, die schon früher an Intermittens gelitten oder in solchen Gegenden gelebt haben, ausser allen Zweifel.

Die durch Ueberfüllung der Hirngefässe mit Pigment bedingten capillaren Blutungen werden, sobald sie zahlreich sind, bleibende Folgen setzen, und nur bei allmähligeren Zustandekommen derselben (stossweise) oder da, wo diese Blutungen durch typische Hyperämien weiters eingeleitet werden, ist es wichtig, gleich nach den ersten Anfällen dem weiteren Fortschritte entgegen zu wirken.

Wenn es daher auch nicht von hoher Bedeutung erscheint, die apoplectischen Anfälle mit bleibenden Folgen bei Wechselfiebersiechen vom genetischen Standpunkte aufzufassen; so ist diess doch in den Fällen von grösster Wichtigkeit, wo die Anfälle nicht bleibende Folgen setzen und die Constitutions-Verhältnisse des Kranken günstig sind.

Ich habe bei einem älteren Herrn, der schon lange nicht mehr an Intermittens gelitten hat und sonst gut erhalten und plethorisch war, zur Zeit einer herrschenden Epidemie solch' einen apoplectischen Anfall beobachtet, der mit kurzem Froste begann und bald in Sopor und Lähmung übergegangen ist. Der Anfall ging ohne bleibende Folgen vorüber und ein zweiter wurde verhüthet.

Es ist daher immer wichtig in Fiebergegenden oder bei Leuten,

die an Intermittens früher oder erst vor Kurzem gelitten haben, wenn sie von Apoplexie befallen werden und nicht gleich der erste Anfall lethal verläuft, auf dieses Verhältniss der Intermittens und Hämorrhagie des Gehirns zu achten.

Die bald mehr bald weniger, aber immer ungünstige Prognose ist in einzelnen Fällen leicht nach den hier angegebenen Grundzügen zu entwerfen.

Hirnblutungen gehören zu den gefährlichsten und in der Mehrzahl zu den schnell tödtlichen Vorgängen. Sie treten mit Unterbrechung der wichtigsten Functionen ins Leben, setzen Verlust an Hirnmasse, welcher nie ersetzt werden kann, in den günstigsten Fällen bleiben bedeutende Störungen für lange oder für immer zurück.

Der Verlauf nach Apoplexien ist immer ein tückischer; neue Anfälle, Serumabsonderungen in den Hirnhöhlen, aber auch intercurrirende acute Erkrankungen oder mehr chronisches Zugrundegehen der einzelnen Organe und des ganzen Organismus sind auch häufig da die Folgen, wo Anfangs sich die Sache scheinbar recht gut gestaltete.

In den meisten Fällen sind stärkere apoplectische Anfälle tödtlich; der Kranke stirbt ohne nochmals ganz zum Bewusstsein gekommen zu sein etc.

Die Menge, der Sitz, die Art des Zustandekommens des Extravasates, complicirende Zustände im Gehirne und jene Momente, welche wir oben für die Entstehung der Apoplexie als begünstigend hingestellt haben (und deren Gegenwart für den Weiterverlauf sehr ungünstig ist), sind es aber vorzüglich, die die specielle Prognose bestimmen.

Verwechslungen:

a) hochgradige, rasch sich gestaltende Hyperämien können unter dem täuschendsten Bilde des Extravasates auftreten. Bei günstigen Verlauf wird hinterher die Diagnose auf dagewesene Hyperämien dann gemacht, wenn der apoplectische Anfall rasch verläuft und gar keine üblen Folgen zurücklässt.

b) Mit Meningitis, mit Hydrocephalus (besonders dessen acuten Nachschüben), mit Encephalitis; hierauf wurde schon am geeigneten Orte aufmerksam gemacht, und es sind zur Sicherstellung der Diagnose (so weit sie überhaupt möglich) das Alter des Individuums, die Constitutions-Verhältnisse desselben, die ätiologischen Momente überhaupt und die Verlaufsweise der Krankheitssymptome immer genau zu erwägen.

Was die Art und Weise des Eintritts der Symptome anbelangt, so ist bei keiner anderen Krankheit das Auftreten so plötzlich, so überraschend (selbst wenn auch Vorboten dagewesen sind) und die Störung des Bewusstseins, der Motilität und Sensibilität so harmonisch ausgesprochen, als beim Hirnextravasate; auch ist hier die oben angegebene Beschaffenheit des Pulses vom diagnostischen Werthe.

c) Mit tiefem Coma aus Trunkenheit, aus narkotischer Intoxication.

Mangel der Lähmungen (die Glieder haben vitale Elasticität, gehoben leisten sie einigen Widerstand), das Vorübergehende des Sopors (aus dem der Betrunkene für Momente geweckt werden kann), der alkoholische Geruch des Athems, die ausgebrochenen Massen, das Verhalten des Pulses etc. stützen die Diagnose.

d) Mit einem Anfalle von Epilepsie oder mit Asphyxie. Diese Verwechslungen sind nicht leicht möglich, und es wird sich der Unterschied bei der Darstellung der genannten Formen ergeben.

Therapie.

Die Indication ist in allen Fällen eine dringende, es möge der Anfall schon erfolgt oder dessen Eintritt zu befürchten sein; nur sind die Indicata nicht immer dieselben; das eine Mal (bei unerwartet erfolgten Anfall) handelt es sich häufig um rasches, energisches Eingreifen (rasch und energisch muss es sein, sonst ist alle Hülfeleistung vergeblich), damit die weitere Extravasation aufgehalten und die dieselbe begleitende Hyperämie beschränkt werde; das andere Mal (und die hieher gehörigen Fälle sind an Zahl überwiegend) muss man trachten, durch ein fortgesetztes prophylactisches Verfahren dem schon seit längerer oder kürzerer Zeit drohenden Blutaustritte zu begegnen.

Die Grenze lässt sich nicht genau bestimmen, wo im gegebenen Falle eines apoplectischen Anfalles das energische Verfahren gar nicht, oder doch im geringeren Masse Platz zu greifen habe.

Die für prophylactische Behandlung geeigneten Fälle ergeben sich aus der Würdigung der genetischen Momente ganz leicht und zwanglos.

Im Allgemeinen lässt sich für die Behandlung des apoplectischen Anfalles feststellen; dass bei allen noch gut erhaltenen Constitutionen, bei nicht im Alter zu weit vorgeschrittenen Individualitäten, bei gröberen äusseren Veranlassungen (als Gelegenheitsursachen des apoplectischen Anfalles), bei stärkerer Turgescenz und Röthe des Gesichtes, starkem Pulsiren der Halsgefässe und vollem, starkem Pulse

durch ein vernünftiges energisches Verfahren Hülfe geleistet und wenigstens nie geschadet werden kann.

Unter den genannten Umständen ist der Kranke von allen drückenden, den Kreislauf beeinträchtigenden Kleidungsstücken (Halsbinde, eng anliegenden Kleidern) zu befreien, und es sind die vielleicht noch fortwirkenden, oder doch die Hyperämie steigernden Umstände zu beseitigen. Der Kranke muss in einem kühlen, mit reiner Luft erfüllten, geräuschlosen Orte untergebracht, und der Kopf in eine erhöhte Lage gebracht werden.

Das eigentliche therapeutische Verfahren besteht in der Vornahme einer ausgiebigen Venäsection, in der Anwendung von Kälte auf den Kopf und von Reizmitteln auf den Darm. Zu den letzteren gehören Klystiere mit Essig, Salz oder Senna versetzt, oder einige Tropfen Crotonöl in die Nabelgegend eingerieben. Wäre das Schlucken nicht vollends gehindert, so können auch einige stärkere Dosen von Purganzen zur Sprache kommen.

So sehr diese energische Therapie für die geeigneten Fälle angezeigt ist, so sehr hüthe man sich aber mit denselben länger fortsetzen zu wollen.

Leistet ein ausgiebiger Aderlass nicht bald wesentliche Erleichterung des Zustandes, so hat man von dessen Wiederhohlung während des Anfalles selbst kaum etwas mehr zu hoffen, und man kann nur damit die ohnehin grosse Depression des Nervenlebens noch steigern und den Tod rascher herbeiführen.

Die Kälte wird so lange fortgesetzt, als die Stirne heiss, das Gesicht turgescirend ist; die Abführmittel so lange, als ihre Wirkung durch einige Entleerungen erwiesen ist.

Andere Reizmittel auf die Haut können unter gewissen Verhältnissen als unterstützend in Gebrauch gezogen werden; Wesentliches leisten sie nicht, und jedenfalls sind die schnell wirkenden, am besten mit Meerrettig versetzten Senfteige auf grössere Flächen anzuwenden.

Bei alten, oder überhaupt sehr herabgekommenen, abgemagerten Individuen, bei apoplectischen Anfällen nach Typhus, bei Scorbut, Morbus Brightii chronicus etc. etc. ist jede schwächende Therapie schädlich. Die Indicatio vitalis gebietet hier leichte Reiz- und Belebungsmittel zu versuchen, und allenfalls die noch bestehende stärkere Hyperämie durch Hautreize und reizende Klystiere zu beseitigen.

Besprengen des Gesichtes, der Brust etc. mit kaltem Wasser, Waschungen mit Essig, Riechenlassen an Essig, Aether, Salmiakgeist;

Essigklystiere, Senfteige; und innerlich (wenn thunlich) leichtere Ammonium-Präparate, etwas Wein oder Mineralsäuren (Elixirum acidum Halleri) etc. machen in solchen Anfällen den therapeutischen Apparat aus.

Ist die drohendste Gefahr vorüber, kommt der Kranke zu sich, stellen sich in den nicht gelähmten Theilen die activen Thätigkeiten ein, so ist ein mehr negatives Verfahren einzuleiten und dasselbe so lange zu beobachten, bis nicht alle Gefahr neuer Hyperämien oder secundärer Prozesse im Gehirne vorüber ist.

Werden neue Hyperämien durch strenges Regime und durch Entfernung aller schädlichen Umstände abgehalten, so ist vielleicht durch den ganzen weiteren Verlauf kein direktes Eingreifen mehr nothwendig.

Die einige Zeit nach dem apoplectischen Anfalle eintretende reactive Hyperämie ist zum Heilungsvorgange nothwendig, und erfordert nur dann ein ihre Beschränkung anstrebendes Handeln, wenn dieselbe zu hochgradig ausfiele.

Stärkerer Hautreiz, stärkeres Fieber um diese Zeit könnten locale Blutentziehungen, Kälte, Abführmittel oder flüchtig wirkende Hautreize nothwendig machen, aber nur in den seltensten Fällen dürfte zu ihrer Beseitigung eine stärkere Antiphlogose nothwendig sein. Derselbe Grad von Antiphlogose könnte wann immer im weiteren Verlaufe temporär geboten sein, wenn durch äussere Schädlichkeiten neuer Blutandrang, neue Gefahr drohen sollte.

Der fortgesetzte Gebrauch von schwächenden Mitteln während des ganzen Heilungsvorganges eines apoplectischen Herdes ist schädlich, und das Schädlichste unter den Mitteln sind Wiederholungen der nicht angezeigten Blutentziehungen.

Nicht minder schädlich sind Stimulantia in den ersten Wochen angewendet, wenn man dadurch die Thätigkeit des Nervensystems anzuregen sich einbilden sollte.

Auf die Rückbildung des Extravasates sind sie ohne Einfluss, sie steigern nur die Gefässthätigkeit und geben zu neuer Hyperämie die gröbste Veranlassung.

Der sogenannten Resorbentia kann man sich auch ohne allen Vorwurf füglich enthalten; der flüssige Antheil des Extravasates wird gleich bei der zurückgehenden Hyperämie entfernt; das Uebrige in der sich bildenden Cyste eingeschlossen, geht seinen eigenen Rückbildungsprozess, der nicht durch resorbirende Mittel, wohl aber durch vernünftiges Leiten der vegetativen Functionen und Vermeidung neuer Hyperämien unterstützt werden kann.

In der Behandlung der durch den apoplectischen Anfall gesetzten Zustände (Lähmungen, Geistesschwäche etc.) kann man füglich der Jod- und Merkur-Salben, der Vesicanzen und Haarseile u. dgl. entbehren.

Es versteht sich von selbst, dass die das Extravasat complicirenden (oft genetischen) Zustände ihrerseits manche therapeutische Anwendung nicht allein gestatten, sondern auch direct fordern.

Diess gilt von der Anwendung der Digitalis bei Herzkranken, des Morphins bei Emphysematösen, des Eisens bei Anämischen; bei leichten Gefässaufregungen Säuren, selbst Chinin etc. etc.

Bei dem absoluten Werthe, den wir auf die Behandlung der Intermittens mit Chinin unter allen ihren Formen und Complicationen legen, ist es fast überflüssig, darauf aufmerksam zu machen, dass dort, wo Intermittens unter der Form von Apoplexie erscheint, man nach beendigtem Paroxysmus (ohne dass noch alle Lähmungs-Symptome verschwunden sind) mit der Darreichung einiger grösserer Dosen von Chinin (6—10 Gran pro dosi speciali) nicht säumen dürfe. Die Eintrittszeit des nächsten Paroxysmus dürfte nicht bekannt sein, und derselbe könnte leicht tödtlich ablaufen.

Ist einmal alle Gefahr neuer Hyperämien vorüber, macht die Vegetation entsprechende Fortschritte, ist von Seite der allenfalls bestehenden Complication keine Gegenanzeige vorhanden, so ist theils durch zweckmässige Muskelübung, theils durch äussere Reizmittel die Thätigkeit der gelähmten peripherischen Nerven anzuregen. Die Zweckerreichung ist oft eine überraschende, aber keine gewisse, meist von ganz unbekannten Umständen abhängige, daher dieselbe auch nicht immer erzwungen werden kann, und auch bei diesem Verfahren immer die erforderliche Vorsicht und Geduld nothwendig ist.

Man versuche die gelähmten Nerven ihrer Function zuzuführen durch stufenweise zu steigernde passive und active Bewegung, durch Reiben der Haut, durch Anwendung reizender Einreibungen: des Kamphergeistes, des Ammonium-Liniments, des Phosphors in Oel gelöst (4—6 Gran auf 1 Unze Oel), der Veratrinsalbe etc. etc.; ferner durch Anwendung von Electricität, Magneto-Electricität, durch den localen und allgemeinen Gebrauch der kalten Douche, der kalten und warmen Bäder; in weiterer Reihe stehen als manchmal sehr wirksam mehrere Mineralquellen: Schwefelbäder, Soolbäder, Gastein, Pfäfers, der methodische Gebrauch von Gräfenberg etc.

Was die prophylactische Behandlung anbelangt, so ist

aus den eben angegebenen genetischen Verhältnissen leicht zu ersehen, wo dieselbe Platz zu greifen hat.

Es fällt ein grosser Theil dieser Behandlung mit dem zusammen, was chronische Herzkranke, an Atherom der Gefässe, an Emphysem etc. Leidende ohnehin zur Erleichterung ihres Zustandes thun müssen, und was am geeigneten Orte noch eines Weiteren auseinandergesetzt werden wird.

Hier handelt es sich zunächst, die mehr oder weniger unvermeidlichen Congestionen zum Gehirne nicht zu steigern, und deren höhere Grade, sobald solche erreicht werden, bei Zeiten zu bekämpfen. Das Erstere geschieht am besten durch ein streng selbst pedantisch durchgeführtes Regime, welches sich sowohl auf die Diät als Bewegung, Schlaf etc. bezieht; jedenfalls ist diess ebenso geeignet, dem frühzeitigen Eintreten von tödtlichen Zufällen zu begegnen, als das ewige Mediziniren und der so häufige und schädliche Missbrauch von Blutentziehungen.

Stellen sich ohne directen äusseren Schädlichkeiten bei derlei Kranken die oben als häufige Vorboten der Extravasation angeführten Zeichen ein, was zu manchen Jahreszeiten, bei manchen Witterungs-Constitutionen etc. zu geschehen pflegt, so erwächst in der Behandlung derlei Kranker die sehr dringende Indication, auf die Dauer dieser Symptome ein noch strengeres Regime (vorzüglich Ruhe, mässige Temperatur, leichte Kost und nicht viel etc.) einhalten zu lassen, und durch die Darreichung von salinischen Abführmitteln den allenfalls möglichen Ausbruch hintanzuhalten.

Unter A p o p l e x i a s e r o s a verstand man früher der Form nach einen apoplectischen Anfall mit blasser, gedunsener Haut, blassem Gesichte, kalten Gliedern und schwachem Pulse; und dem Wesen nach einen serösen Erguss in die Hirnhäute, das Gehirn oder dessen Höhlungen als Ursache des apoplectischen Anfalles.

Wie wir gesehen haben, so können seröse Ergüsse in das Gehirn und seine Umhüllungen das täuschende Bild einer Apoplexie zwar darstellen, da aber die eben als formbezeichnende Symptome angegebenen Zeichen: blasses Gesicht etc. auch bei Hirnhämorrhagie vorkommen können, so ist im Leben aus dem Verhalten dieser Symptome die Diagnose auf Apoplexia sanguinea oder serosa nicht zu machen.

Um im concreten zweifelhaften Falle die Vermuthung pro oder contra stellen, und eine nicht schädliche Therapie einschlagen zu können, sind die genetischen und Constitutions-Verhältnisse des Kranken, sein Alter, vorhandene chronische Organerkrankungen, vorausgegangene Krankheiten, acute oder chronische etc. genauer zu erwägen.

Ist die Vermuthung auf serösen Erguss gegründet, so ist therapeutisch so zu verfahren, wie wir es bei den Hydrocephalien angegeben haben.

Der Name Apoplexia serosa kömmt übrigens ganz ausser Gebrauch, und diess hauptsächlich darum, weil die pathologische Anatomie hierunter nur einen serösen Erguss in das Gehirn unter sehr grossen Beschränkungen als: beim Mangel chronischer Hirnkrankheit, beim Mangel von Lungenhyperämie etc. verstanden haben will.

Als solche aufgefasst, gehört die seröse Apoplexie zu den grössten Seltenheiten, weil seröse Ergüsse in das Gehirn sich in den meisten Fällen zu irgend einer Organ- oder Constitutions-Erkrankung secundär verhalten.

Die Ausdrücke „nervöser Schlagfluss und Schleimschlag" sind obsolet geworden; unter dem ersteren verstand man ehedem den apoplectischen Tod ohne nachweisbarer Läsion im Gehirne; unter der zweiten Bezeichnung einen apoplectischen Anfall mit starkem Schleimrasseln.

VI. Tuberculose des Gehirnes.

In der weichen Hirnhaut findet man sowohl chronische als acute Tuberkelknötchen.

Das chronische ist ein derbes, graulichgelbes, rundes Knötchen, welches an allen Stellen vorkommen kann.

Der acute Tuberkel stellt ein bläschenartig durchscheinendes, leicht zerreibliches Knötchen dar, findet sich entweder in der Umgebung des chronischen, oder vorzugsweise an der Basis des Gehirns dort, wo wir auch das meiste Exsudat bei der Meningitis basilaris zu finden pflegen.

Die Hirnhäute in der Umgebung des acuten Tuberkels sind im Zustande acuter seröser Infiltration, sind trübe, flockig und leicht zerreisslich. Die Gehirnrinde ist an diesen Stellen erweicht, bei zahlreicher Ablagerung mit Tuberkeln durchsäet.

Als constante Complication findet sich Hydrocephalus internus mit Erweichung der Hirnhöhlenwandungen.

Neben den Tuberkeln findet sich auch manchmal plastisches, gelblichweisses Exsudat von verschiedener Menge.

Diese Tuberculose ist stets mit Tuberkeln der Lymphdrüsen oder Lungen etc. combinirt, und kommt häufig mit acuter Tuberculose anderer seröser Häute vor.

Die Tuberkel in der Hirnsubstanz sind gewöhnlich nicht zahlreich 1—2—5, doch auch manchmal bis 20 vorhanden; sie sind um so grösser, je weniger sie sind, ihre Grösse variirt zwischen der eines Hirsekornes und einer Wallnuss (die gewöhnlichste), können auch die eines Hühnereies erreichen. Sie stehen isolirt, haben eine verschie-

dene Form und können an allen Theilen des Gehirns vorkommen; sind gleich häufig im grossen, wie kleinen Gehirne, am häufigsten in der Rindensubstanz und in der Nähe der Anhäufungen derselben.

Tuberkel in der Hirnsubstanz combinirt sich häufiger mit Lymphdrüsen- als mit Lungen-Tuberculose; kommt mit oder ohne Meningeal-Tuberculose vor.

Die grösseren Hirntuberkel stellen sich als den gelben, käsigen Tuberkel dar, sie sind von Bindegewebe, in dem sie gleichsam eingekapselt sind, häufig umschlossen.

Im Beginne stellt sich jeder Tuberkel des Gehirns als graues Knötchen dar, die Umwandlung zu gelben erfolgt erst später während des Wachsthumes.

Man findet den Hirntuberkel im Zustande der Rohheit oder der Erweichung, seine nächste Umgebung normal oder weiss oder roth erweicht.

Der peripherische Hirntuberkel durchbricht manchmal die Gehirnrinde, setzt sich in die Pia fort, ruft hier Entzündung hervor etc.

Krankheitsbild.

Der chronische Meningeal-Tuberkel verläuft ohne wesentlichen Symptomen; die vielleicht dadurch bedingten zeitweisen Hirn-Hyperämien kommen bei Tuberculösen auch ohne ihm vor.

Die acute Miliartuberculose verläuft *a)* unter dem Bilde einer Meningitis, und lässt sich von ihr nur dann scheiden, wenn man die Tuberculose durch den früheren Verlauf und die schon vorhandenen Ablagerungen in den Lymphdrüsen oder den Lungen ausser Zweifel gesetzt hat.

Weder im Verhalten der Hirnreizsymptome, noch dem darauffolgenden Sopor, den Contracturen und Lähmungen findet sich etwas Charakteristisches.

Die Ersteren sind manchmal sehr stark, vom heftigen Fiebersturm begleitet, manchmal sehr geringen Grades. Am hervorragendsten ist noch ein constanter fixer Kopfschmerz.

Der Grad des Sopors, der Contracturen und Lähmungen ist ein verschiedener, meist sind die letzteren wohl ausgebreitet, aber nicht bleibend, nicht vollständig; nur bei starker Hydrocephalie oder gleichzeitiger massenreicherer plastischer Exsudation an der Basis sind die Lähmungen markirter und constant. Sie können die verschiedenen Muskelgruppen theilweise oder in verschiedener Combination treffen, auch als Hemiplegie auftreten.

Auf die bei Tuberculösen nach fixen Kopfschmerz etc. mit

gleichzeitigen Sopor vorkommenden Nacken-Contracturen soll ein diagnostischer Werth gelegt werden; ich habe dieselben einige Male beobachtet und noch öfter vermisst.

b) Unter dem täuschenden Bilde eines Typhus abdominalis; diess vorzüglich dann, wenn acuter Tuberkel gleichzeitig in andere seröse Häute (Pleura, Bauchfell etc.) abgesetzt wird.

Cephalische Symptome, Fieber, Milztumor, Diarrhoe etc., nichts bietet einen constanten verlässlichen Unterschied.

Tuberculöses Verhalten der Constitution zur Zeit der Erkrankung, Tuberkelablagerung an den Lungenspitzen etc. rechtfertigen die Vermuthung auf Tuberculose.

Aber auch dann sah ich acute Meningeal-Tuberculose gleich dem Typhus verlaufen, wo der acute Nachschub nur in die Hirnhäute stattfand, derselbe war nicht copiös; plastisches Exsudat fehlte ganz. Die Lungentuberculose war weit vorgeschritten. Der Harn wurde während dieses Verlaufes von saurer Reaction gefunden, hatte ein höheres specifisches Gewicht, war reich an Sulfaten und phosphorsauren Verbindungen.

Der Gehirntuberkel verläuft immer chronisch, und es hat die Diagnose desselben mit denselben Schwierigkeiten zu kämpfen, wie diess bei allen langsam zu Stande kommenden sogenannten Pseudoplasmen des Gehirns der Fall ist.

Sein näheres Verhältniss zu anderen Tuberkel-Ausscheidungen ist nicht bekannt, man findet denselben nur bei einer sehr geringen Anzahl von Lungentuberculosen der Erwachsenen (bei Kindern ist er mit Lymphdrüsen-Tuberculose combinirt häufiger) als alleinige Tuberkel-Ablagerung gehört er in späteren Jahren zu den noch grösseren Seltenheiten. Da, wo er mit Lungentuberkel der Erwachsenen vorkömmt, findet man ihn bei den verschiedenen Stadien der Metamorphose und bei den verschiedensten Mengen der Ablagerung des Letzteren.

Sein Entstehen und seine Ausbildung hat durchaus nichts Typisches, er ist weder an das Alter des Individuums, noch an den Gang der Lungentuberculose gebunden. Mit seinem Fortschreiten kann die Lungentuberculose stille stehen und für unbestimmte Zeit in ihrem destructiven Verlaufe unterbrochen werden; er kann der Ausgangspunkt für nachfolgende Meningeal-Tuberculose werden oder nicht.

Ferner kann derselbe allmälig und fortgesetzt, oder in grösseren Schüben und rascher zu Stande kommmenden, die durch längere

Zeiträume getrennt sind, wachsen; seine nächste Umgebung verhält sich bald mässig hyperämisch, bald normal, bald erweicht etc. etc.

Alle diese Umstände, so wie sein näherer Sitz im Gehirne, und die bereits erlangte Grösse modificiren die Diagnose.

In den geringeren Graden seiner Ausbildung wird er wohl meistens ohne alle Störungen vertragen; später werden sowohl durch sein Wachsen als durch die dasselbe begleitende Hyperämie mannigfache Hirnreizsymptome erzeugt: vorzüglich fixer und umschriebener Kopfschmerz, partielle oder mehr verbreitete Convulsionen, Störungen der Sinnes- oder Geistesthätigkeiten; im noch weiteren Verlaufe können Lähmungserscheinungen der Extremitäten, der Sinnesorgane etc. dazu treten (bedingt durch den Druck des Tuberkels oder der Erweichung der Umgebung etc.).

Die ersteren Zufälle: Kopfschmerz vorzüglich und Convulsionen sind im Anfange durch grosse Periodicität ausgezeichnet. Die Anfälle in der ersten Zeit weit von einander entfernt, folgen sich dann rascher, und beobachten manchmal in ihrer Periodicität einen regelmässigen Typus.

Auch die Lähmungen können Anfangs vorübergehend sein, wechseln noch mit Convulsionen und Contracturen ab, bis sie dann entweder allmälig oder rascher zu bleibenden sich gestalten.

Geistesstörungen durch Tuberkel des Gehirns angeregt, können ohne andere Nervensymptome verlaufen; anfangs maniakalische Anfälle leichteren Grades mit freien Zwischenräumen, später diese durch Stumpfsinn, Geistesschwäche getrübt etc. etc.

Man vermuthet bei diesen Zuständen und ihrem angegebenen Verlaufe, welche anderen Hirnkrankheiten: chronischer Hydrocephalus, Pseudoplasmen, Erweichung auch zukommen können, als Grundursache Hirntuberculose dann, wenn die Tuberculose überhaupt im gegebenen Falle durch sonstige Ablagerungen etc. constatirt ist.

Die Aetiologie der Gehirntuberculose ist die der Tuberculose überhaupt; häufiger ist der Gehirntuberkel in der Kindheit und der Jugend (meist combinirt mit Lymphdrüsen-Tuberculose), seltener in späteren Jahren (und da häufiger mit Lungentuberculose). Meningeal-Tuberculose kommt auch im Mannesalter ziemlich häufig vor.

Ihre weiteren Complicationen sind bereits bei der Tuberculose (1. Band) angegeben; die in der näheren Umgebung (dem Gehirne nemlich und seinen Häuten) vorfindigen auch bereits erwähnt.

Ausgänge.

Die acute Meningeal-Tuberculose ist bei Erwachsenen immer lethal.

Der Gehirntuberkel bei Erwachsenen, dessen Verlauf durch intercurrirende tödtliche Erkrankungen unterbrochen werden kann, tödtet bei sonst stillstehenden Ablagerungen der Lungen durch sein fortgesetztes Wachsen und seine zunehmende Zahl, oder durch hinzutretende grössere Hyperämie oder Ausbildung von Meningitis oder die mitbegleitende Erweichung etc., unter den Erscheinungen von Convulsionen, bleibenden Lähmungen, Geistesstörungen, denen dann Coma, Verfall der vegetativen Functionen folgen.

Die Zeit, wann der Tod eintritt (ob früher oder später), richtet sich nach der Art seines Wachsthums, nach seiner Zahl, seinem Sitze und der Grösse, so wie dem Verlaufe der übrigen complicirenden Zustände.

Die Prognose ist bei Gehirntuberkel im Allgemeinen ungünstig, sobald der Verdacht auf dessen Vorhandensein gegründet ist; wenn gleich dessen Zufälle anfangs häufig nur in grossen Zwischenräumen und mit auffallenden Stillständen der Lungentuberculose erscheinen, so treten noch viel früher, als man es dem übrigen Befinden nach vermuthen sollte, raschere Wiederholungen der Schmerzen, Convulsionen etc. ein, und der Kranke geht immer frühzeitig zu Grunde, abgesehen davon, dass er schon, auch beim langsamen Wachsen des Prozesses, bald den wünschenswerthen Grad von relativer Gesundheit eingebüsst haben wird.

Folgen sich einmal die Anfälle von Hirnreiz-Symptomen häufiger, kömmt es zu Lähmungs-Symptomen etc., dann geht es gewöhnlich unaufhaltsam und rasch zum traurigen Ende.

Die Ausbildung von Meningeal-Tuberculose oder starken Hyperämien des Gehirns können den Tod um ein bedeutendes früher und selbst plötzlich herbeiführen. Uebrigens unterliegen viele mit Gehirntuberkel Behaftete nicht diesem direkt, sondern intercurrirenden anderen Krankheiten oder neuen Nachschüben der Tuberculose in die Lungen etc.

Bei Diagnose auf Meningeal-Tuberculose mit acuten Verlauf ist die Prognose immer ungünstig. Der Tod erfolgt nicht minder rasch als sicher.

Therapie

ist bei acuter Meningeal-Tuberculose, wenn sie einmal diagnosticirt ist, rein exspectativ und symptomatisch. Strenges Regime, kalte Umschläge, viel kaltes Getränk, etwas Narcotica etc. etc.

Auch beim chronischen Gehirntuberkel kann sie nur eine symptomatische sein, und besteht in Hintanhaltung von stärkeren Hyper-

ämien, Beschränkung derselben, wenn sie als durch den Verlauf bedingt, seltener oder häufiger eintreten, und in Beschwichtigung der gleichzeitigen oder die Hyperämien überdauernden lästigen Zustände: Schmerzen, Lähmungen etc.

Die Indicata sind nach dem Alter und den sonstigen Constitutions-Verhältnissen des Kranken, nach dem Grade der Hyperämien, ihrer Dauer und Häufigkeit etc. sehr verschieden, und die Hauptsache bleibt ein diesen Verhältnissen angepasstes, streng durchgeführtes diätetisches Verfahren.

Leichte Antiphlogose in der ersten Zeit, später Hautreize und leichte Nervina: Morphium (in kleinen Gaben) Chloroform als Riechmittel und als Einreibung Zink u. dgl., flüchtig reizende Einreibungen, Gebrauch von localen Waschungen und Bädern etc.

Jedes stärkere, ob antiphlogistische oder stimulirende Verfahren ist schädlich.

Bei noch so regelmässigen Typus der anfangs periodischen Anfälle hat man von Chinin nichts Erhebliches zu erwarten.

Bei der Unsicherheit, die alle unsere Behandlungen der Tuberculosen auf arzeneilichem Wege auszeichnet, kann wohl bei chronischer Gehirn-Tuberculose von einer weiteren Behandlung nicht die Rede sein.

VII. Aftergebilde, Pseudoplasmen des Gehirnes.

Hieher gehören Fibroide, Lipome, cavernöse Geschwülste, Knochenproductionen, Carcinome (auch der chronische Hirntuberkel) Cysticercus und Echinococcus-Blasen, Cysten etc.

Im Allgemeinen sind sie nicht zu diagnosticiren.

Von krebsigen Ablagerungen gilt das, was wir vom chronischen Tuberkel bezugs der Diagnose gesagt haben; ebenso kann man mit einiger Wahrscheinlichkeit Cysticercus-Blasen vermuthen, wenn nebst Hirnsymptomen Cysticerken in den Muskeln gleichzeitig vorkommen.

Bei allen anderen, so wie auch bei in das Gehirn eingedrungenen fremden Körpern (Splitter, Messerspitzen etc.) finden sich oft gar keine, oft die längste Zeit keine Symptome (das Gehirn gewöhnt sich an ihren Druck, und es wachsen in solchen Fällen die Aftergebilde langsam etc.), oder sie erzeugen die mannigfachsten Hirnreiz- und Lähmungssymptome, bald periodisch, bald mehr anhaltend, in der verschiedensten Combination und Gradabstufung.

Es hängt diess von der Art des Wachsens (ob langsam, ob schnell) vom Sitze des Aftergebildes, seiner Grösse und den secundären Zuständen in deren Umgebung (Erweichung, Sclerose, Apoplexie etc.) ab.

So wie sie einerseits ohne allen Symptomen bis zum anderswie erfolgten Tode getragen werden, so kann andererseits auch bei ihrem Bestande (z. B. dem der Cysticercus-Blasen) der Tod plötzlich, ohne anderer nachweisbarer Ursache und ohne merklichen Vorboten eintreten.

Manchmal erzeugen derlei Gebilde nur periodische Erscheinungen, dann nemlich, wenn sie am Schädelgrunde ihren Sitz haben und der Druck auf einzelne Nerven ausgeübt wird.

VIII. Syphilis der Schädelknochen und deren Beinhaut.

Es kommen bei sonst Syphilitischen mannigfache Hirn- und Nervensymptome zum Vorscheine, wofür an der äusseren Fläche des Schädels keine materielle Begründung nachzuweisen ist, und die durch ihren Verlauf und der Wirkung der antisyphilitischen Behandlungsweisen es ausser allen Zweifel setzen, dass in diesen Fällen die Tophusbildung an der inneren Platte der Schädelknochen stattfinde.

Die häufigste und gewöhnlich erste Form ist ein entweder sehr beschränkter oder halbseitiger Schmerz in der Tiefe des Schädels, welcher die den syphilitischen Beinhautaffectionen eigenthümlichen nächtlichen Exacerbationen erleidet, am Tage auffallend remittirt oder ganz intermittirt, und zur Zeit der meist hochgradigen Exacerbationen mit grösserer Hyperämie des Gesichtes, injicirten Augen, Klopfen der Hals- und Kopfgefässe, Sinnestäuschungen etc. einhergeht.

Nach kürzeren oder längeren Bestande dieser Periostitis syphilitica (sub schemate Hemicraniae) treten in Folge des Druckes auf das Gehirn oder einzelne Nerven auch Störungen in den Sinnes- oder anderen peripherischen Nerven auf.

Ich sah zweimal unvollständige Hemiplegie und einmal hochgradige Amblyopie auf diese Art sich ausbilden.

Die gleichzeitig noch bestehenden nächtlichen (auffallend typischen) Schmerzen, und die noch weiteren syphilitischen Affectionen der Haut, der Schleimhäute oder der Gesichtsknochen, so wie vorausgegangene primäre Syphilis stützen die Diagnose.

Die P r o g n o s e bei ähnlichen syphilitischen Affectionen ist nicht ungünstiger als bei anderen Tophusbildungen, vorausgesetzt,

dass noch andere Formen der Syphilis gleichzeitig bestehen, und man aus ihrer Gegenwart über die Natur des Leidens aufgeklärt, mit der entsprechend eingreifenden Behandlung nicht zögert; bei längerem Bestande des syphilitischen Osteophyt's ist, gleich wie bei anderen Tophen, die vollständige Rückbildung nicht immer möglich, und ist der Grad des zurückbleibenden ein höherer, so können bleibende Lähmungen dadurch bedingt werden.

Die Therapie ist nach den bei Syphilis angegebenen Grundsätzen einzuleiten; das beste Mittel gegen die nächtlichen, oft unerträglichen Anfälle ist Jodkali, welches daher mit jeder anderen sonst indizirten Behandlungsweise zu verbinden ist.

Hypertrophie des Gehirns kommt nur in der ersten Zeit des Lebens vor, in gleicher Combination mit Rhachitis und Drüsentuberculose wie Hydrocephalus.

Angeboren, oder frühzeitig bei offenen Fontanellen erworben setzt sie dieselben Schädelformationen, wie der Wasserkopf; später setzt sie Dünnheit, Detritus der Knochen.

Ueber Diagnose im Leben und Therapie ist nichts zu sagen.

Atrophie des Gehirns kommt als totale, vorzugsweise im hohen Alter vor, als höherer Grad der normalen Involution; doch auch in jüngeren Jahren als Marasmus cerebri praecox, disponirt zu Hyperämien (ex vacuo), zu Apoplexie, zu serösen Ergüssen.

Die partiellen Atrophien sind secundäre Erkrankungen nach Apoplexien, Entzündungen etc. etc. An den Stellen des atrophirten Gehirns finden sich Verdickungen der Häute, seröse Ansammlungen. etc.

Frühzeitige Schwäche des Geistes (Blödsinn), der Sinnesfunctionen, allmählig zu Stande kommende Lähmungen der Glieder etc. sind die Folgen der Atrophia praecox.

B. Krankheiten des Rückenmarks und seiner Umhüllungen.

Bei der Diagnose der Rückenmarkskrankheiten stossen wir auf dieselben Schwierigkeiten wie bei jener des Gehirns, nur sind diese hier noch im höheren Grade vorhanden, theils weil die mehr selbstständigen Erkrankungen des Rückenmarks überhaupt seltener sind, und weil man die genaueren Untersuchungen des Rückenmarks in den Leichen viel seltener, als die des Gehirns etc. wenigstens bis jetzt vorgenommen hat.

Die Schwierigkeiten werden dadurch noch vermehrt, dass unter den, den Rückenmarkskrankheiten zukommenden Symptomen-Complexen auch Hirnerkrankungen verlaufen, und was noch häufiger geschieht, dass diese Symptomen-Complexe ohne materiellen Kranksein der Medulla spinalis nur durch anderweitige Leiden (des Blutes oder anderer Organe) per Reflex angeregt, leicht für selbstständige Prozesse des Rückenmarks gehalten werden können.

Was im Allgemeinen das Vorkommen von krankhaften Vorgängen im Rückenmarke anbelangt, so finden sich hier dieselben Formen wie im Gehirne vor; nur sind sie im Ganzen alle ohne Unterschied seltener, und es beschränken sich auch diejenigen z. B. Entzündung der Häute, welche im Gehirne eine grössere Ausbreitung erlangen, hier in der Mehrzahl der Fälle auf kleinere Parthien des betroffenen Gebildes.

Die anatomischen Zeichen der Hyperämie, der Entzündung, Erweichung etc. sind hier ganz dieselben, wie bei den gleichnamigen Vorgängen im Gehirne; es erscheint daher ganz überflüssig, dieselben nochmals anzuführen.

Einige diagnostische Anhaltspunkte lassen sich wohl für jene materiellen Prozesse im Rückenmark geben, welche mehr umschrieben vorkommen, oder sich nur langsam per contiguitatem fortsetzen, um dieselben von ähnlichen Vorgängen im Gehirne zu unterscheiden. Sie sind folgende und zwar:

I. Für acut zu Stande kommende.

1. Ueber einen lebhaften Schmerz an einer Stelle des Wirbelkanals wird vom Kranken Klage geführt; dieser Schmerz sitzt in der Tiefe, wird aber durch Druck und Bewegung gesteigert und verbreitet sich beim Drucke längs jener Nerven, die von dieser Stelle des Rückenmarks ausgehen.

2. Die Nervensymptome: Schmerz, Krampf, Lähmung etc. sind immer auf ganze Gruppen von Nerven verbreitet, die aus dem Rückenmarke entspringen.

Die Verbreitung entspricht immer der betreffenden schmerzhaften Stelle, und es sind die Symptome nie einseitig, sondern auf beiden Hälften des Körpers gleich ausgesprochen.

3. Die Reizungssymptome, als: Schmerz, Krampf, Zuckungen beobachten einen typischen Verlauf; grosse Remissionen, ja häufiger

Intermissionen, letztere häufig mit regelmässigem Rhythmus zeichnen die Myelopathien aus.

4. Fieberhafte Gefässaufregung ist sehr untergeordnet, oft ganz mangelnd, und immer durch starke Remissionen oder Intermissionen ausgezeichnet.

5. In den meisten Fällen ist das untere Ende des Rückenmarks der alleinige oder gleichzeitige Sitz dieser Affectionen.

Blasenlähmung ist eines der ersten und ein nie fehlendes Symptom; und da zum Unterschiede von den vom Gehirne (auch bei Typhus etc.) ausgehenden Lähmungen hier die Lähmung des Detrusors viel früher als die des Sphincters eintritt, hier somit längere Zeit Harnverhaltung, und in Folge derselben Zersetzung des Harnes in der Blase gegeben ist, so ist auch der bei Rückenmarksleiden, welche mit Blasenlähmung einhergehen, frisch gelassene Harn alkalisch, hat viel kohlensaures Ammoniak, auch führt er sehr viel Uroxanthin.

6. Die Functionen des Gehirns und der Sinnesnerven nehmen keinen oder nur sehr untergeordneten Antheil.

II. Bei chronischen Rückenmarksleiden

gelten die sub 2, 5 und 6 angeführten Momente; — sie beginnen gewöhnlich mit den Störungen des unteren Endes des Rückenmarks in die Erscheinung zu treten; zuerst sind es die Nerven der unteren Extremitäten, dann der Blase und des Mastdarmes und sofort aufsteigend, welche gelähmt werden. Wird in der Folge der Sphincter vesicae paralysirt, so ist schon längst ein chronischer Blasencatarrh gesetzt und man hat im Harne nebst der Alkalescenz desselben eine grosse Menge Epithelien und Schleimkugeln (in der Form eines reichlichen klumpigen Bodensatzes); Sinnes- und Geistesstörungen bleiben bei langer Dauer wohl nie aus, doch folgen dieselben erst spät nach den anderen Lähmungen.

Fixer Schmerz im Wirbelkanal, Remissionen und Intermissionen (obgleich sie nie fehlen) in den Symptomen, so wie Gefässaufregungen haben hier nichts Unterscheidendes.

Es ist selbstverständlich, dass sich das hier Gesagte nicht auf Krankheiten der Wirbelbeine oder die der Muskel des Rückens etc. beziehen könne.

I. Hyperämie des Rückenmarks und seiner Häute

begleitet mannigfache acute Prozesse; so Entzündungen der serösen Häute, exanthematische Prozesse, das Wechselfieber etc. und ist häufiger mit Hirnhyperämie als rein zu beobachten; im letzteren Falle wird an einer bestimmten, meist beschränkteren Stelle des Rückenmarkes ein fixer, gewöhnlich starker Schmerz empfunden, welcher durch Bewegung des Rückgrates und durch äusseren Druck auf diese Stelle gesteigert wird. Die Haut an dieser Stelle und in der nächsten Umgebung ist gegen Berührung empfindlich.

Stechende, reissende Schmerzen werden in den dieser Stelle entsprechenden Gliedern oder den inneren Organen angegeben.

So habe ich diese Symptome bei den genannten Prozessen, bei jungen kräftigen Individuen einigemale beobachtet. Sie waren stets von kurzer Dauer, 2—3 Tage, und machten keine besondere Therapie erforderlich.

Auch wird eine Plethora spinalis bei Hämorrhoidariern, Menstruations- oder anderen Unterleibscongestionen angenommen, die sich durch Kreuzschmerzen, leichte convulsivische oder paralytische Zufälle der unteren Gliedmassen etc. aussprechen soll.

Starke Hyperämie des Gehirns und des Rückenmarks in einem Anfalle von Wechselfieber liess bei einem kräftigen, früher nicht Intermittenskranken Soldaten Paralyse der unteren Extremitäten und Schmerzhaftigkeit der Lumbalgegend der Wirbelsäule zurück; locale Antiphlogose mässigte die Symptome etwas. Trotz grösserer Gaben Chinins in der fast vollständigen Apyrexie kam der zweite Anfall (am zweiten Tage), während welchem die Lähmungen vollständig wurden und der Kranke in tödtlichen Sopor verfiel. In der Leiche fand sich mässige Hyperämie des Gehirnes und seiner Häute; aber eine bedeutende Hyperämie in dem unteren Theile der Medulla spinalis und den selbe umgebenden Hüllen.

II. Entzündung der Rückenmarkshäute, Meningitis spinalis.

Kommt ebenfalls nur in beschränkterer Ausbreitung vor, am häufigsten auf den Hals- und Lumbaltheil des Rückenmarks beschränkt.

Man kann 2 Stadien des Prozesses, das der Hyperämie und das der Exsudation unterscheiden.

1. Stadium. Lebhafter reissender oder stechender Schmerz an den betreffenden Stellen, welcher sich in die von dort

aus innervirten Theile verbreitet; und an allen diesen Punkten durch Bewegung des Rückgrates und äusseren Druck auf dasselbe gesteigert wird. Die entsprechende Hautparthie ist sehr empfindlich und verträgt manchmal nicht die leiseste Berührung. Die Rückenlage wird manchmal wegen Steigerung des Schmerzes nicht vertragen.

In den von dieser Parthie mit Nerven versehenen Muskeln entstehen spontan, oder bei angebrachten Druck auf das Rückgrat Zuckungen, Contracturen, vorübergehende Lähmungen.

Beim Sitze in der Sacralgegend kann die Harn- und Stuhlentleerung auch gleich im Anfange behindert sein.

Mässiges Fieber mit ziemlich starken Exacerbationen begleitet den Zustand. Der Harn kann normal oder so beschaffen sein, wie bei Reizungszuständen im Allgemeinen.

2. Stadium. Obgleich ich diesen Prozess einigemal zu beobachten Gelegenheit hatte, und die Zeichen der Hyperämie sowohl am Cervical- als Lumbaltheile vorhanden waren; so waren doch die Zeichen der geschehenen Exsudation immer nur auf den Lumbaltheil des Rückenmarks beschränkt.

Sie sind folgende: An den Lendenwirbeln dauert die Schmerzhaftigkeit jedoch in geringerem Grade noch längere Zeit fort, die Haut daselbst und im entsprechenden Umfange des Rumpfes verliert allmälig ihre erhöhte Empfindlichkeit, und erlangt dafür ihre normale Empfindung. Dagegen klagt der Kranke über das lästige Gefühl eines in der mittleren Bauchgegend und den Rumpf laufenden und schnürenden Stranges.

Die unteren Extremitäten werden mit einem Male paralytisch und zwar so, dass alle Bewegung der einzelnen Muskel aufgehoben ist, oder so, dass der liegende Kranke wohl einige, meist behinderte Bewegungen damit ausführen kann, aber das Stehen, Gehen etc. ist nicht möglich, der Kranke knickt bei jedem Versuche zusammen.

Die Haut hat ihre Empfindlichkeit ganz oder theilweise eingebüsst; die excito-motorische Thätigkeit ist nicht an allen Stellen erloschen.

Gleichzeitig (wenn nicht schon früher) stellt sich Lähmung der Muscularis des Mastdarms und des Detrusors der Blase ein. Stuhl und Harn werden zurückgehalten, die Anfüllung der Blase durch Palpation und Percussion nachgewiesen. Die Bauchmuskel sind gespannt, einzelne Darmschlingen von Gasen aufgetrieben, fühlen sich strangartig durch.

Das Fieber steht im mässigen Grade fort, macht wohl noch, wenn die Zeichen der Hyperämie am Rückenmarke im höheren Grade fortdauern, auch stärkere Exacerbationen.

Der mittelst des Catheters entleerte Harn ist sehr dunkel gefärbt (vielleicht zersetztes Uroxanthin?), von alkalischer Reaktion, enthält sehr viel kohlensaures Ammoniak und viel Uroxanthin.

Im weiteren Verlaufe können sich die Schmerzen in der Lumbalgegend wieder steigern; so auch Schmerzen in den gelähmten Gliedern einstellen.

Die Dauer ist nach dem Ausgange verschieden, von Wochen in die Monate. Die Paralysen können auch bleibend werden.

Aetiologie. Die von mir beobachteten Fälle betrafen kräftige Leute im verschiedenen Mannesalter.

Die Gelegenheitsursache war immer Verkühlung.

Complication keine vorhanden.

Heuer im Frühjahre wurden mehrere solche Fälle gleichzeitig (in kleiner Epidemie), im hiesigen Garnisons-Hauptspitale beobachtet.

Bei Kindern ist dieser Prozess häufiger und gewöhnlich mit Hirnhautentzündung gleichzeitig verlaufend.

Ausgänge.

1. Genesung. Die Zeichen der Hyperämie schwinden rasch unter den gewöhnlichen Krisen; es kommt gar nicht zur Exsudation. Auch das Exsudat kann sich vollkommen resorbiren; es schwinden zuerst die Zeichen der noch bestandenen Hyperämie, die lästigen Empfindungen und Schmerzen in den gelähmten Gliedern bleiben aus, endlich stellt sich allmälig oder rascher zuerst Empfindung, dann Motilität in den gelähmten Theilen ein.

Die Blasenlähmung sah ich früher behoben als die Lähmung der Extremitäten.

2. Zweifelsohne können beim zurückbleibenden und weiters metamorphosirten Exsudate theilweise oder gänzliche Lähmungen der betreffenden Theile zurückbleiben.

3. Tuberculisiren des Exsudats, Decubitus, acutes Lungenoedem, Tod.

Diesen Ausgang beobachtete ich an einem kräftigen Soldaten, welcher im Stadio der Exsudation meiner Klinik zugewachsen und der Zustand schon in die dritte Woche gedauert hatte.

Die Lähmungen (wie oben beschrieben) bestanden fort, heftige Schmerzen in der Kreuzgegend und den Füssen quälten zeitweise den Kranken; Fieberexacerbationen mit starken Schüttelfrösten und all-

gemeinen profusen Schweissen stellten sich nach einiger Zeit, und zwar täglich ein, welche mit verschiedenem Wechsel ihres Grades bis an's Ende fortdauerten.

Es kam zur Ausbildung eines Blasen-Catarrhs und eines rasch um sich greifenden Decubitus etc. etc.

In der Leiche fand sich im Wirbelkanal, vom 10. bis 12. Brustwirbel ein das Rückenmark von hinten und beiden Seiten einschliessendes und comprimirendes Exsudat von fester, leicht zerreiblicher, käsiger Beschaffenheit und gelblichgrauer Farbe; es war zwischen die Knochen und den Häuten eingekeilt, die Knochen und das Rückenmark unversehrt. Ausser den bedeutenden Decubitusstellen, die am Kreuzbeine und den Trochanteren bis an die Knochen gingen, war nur noch ein acutes hochgradiges Lungenoedem nachweisbar.

Aehnlichkeit. Die Krankheit könnte mit der Entzündung der Wirbelknochen oder rheumatischen Affectionen der Muskel des Rückens verwechselt werden; doch das Verhalten des Schmerzes, seine Ausstrahlung, die Muskelsymptome, besonders aber die rasche Ausbildung der beiderseitigen Lähmungen etc. sichern die Diagnose.

Therapie.

Im ersten Stadium ausgiebige locale Antiphlogose, wiederholt zahlreiche Blutegel oder blutige Schröpfköpfe (diese noch besser) längs der hyperämischen Stelle des Rückenmarks. Kalte Umschläge, wenn der Kranke die Bauchlage verträgt, oder feuchtwarme; kalte Begiessungen des Rückgrates; Einreibungen von Mercurialsalbe.

Innerlich: Abführmittel, Jodkali, nach Umständen kleinere Dosen Calomel.

Später Einreibungen von Mercur mit Ammoniak oder Jodsalbe mit Cicuta, warme Bäder, Schwefelbäder, Electricität.

Die innerliche Anwendung von Strychnin in steigender Gabe wurde bei zwei Kranken in Stadio paralytico mit sichtlich gutem Erfolge gegeben.

Symptomatisch: bei starken Schmerzen Chloroform als Riechmittel oder Einreibung; auch Morphium. Bei stärkeren Fieberexacerbationen Chinin.

Die Application des Catheters und der Klystiere soll eine fleissige sein, besonders die des Ersteren darf nie ausser Acht gelassen werden.

Regime. Die strengste Reinhaltung und fleissige Lageveränderung des schon gelähmten Kranken sind dringend geboten, weil

sonst der ohnehin bei längerer Dauer unvermeidliche Decubitus nur nur noch raschere Fortschritte macht.

III. Die Myelitis, Rückenmarks-Entzündung

dürfte unter ähnlichen Symptomen verlaufen. Wie es allgemein angegeben wird, sind die Schmerzen noch intensiver, und die Lähmungen bilden sich rascher aus; letztere werden auch nach dem Sitze des Prozesses verschiedene Muskelgruppen betreffen und die dadurch gestützten Functionen behindern.

Myelitis ist häufiger bei Kindern als bei Erwachsenen, und Bednař gibt an, dass diese Form durch Abnahme oder Verlust der Empfindung und durch bald folgende Paralyse (ohne oder nur mit kurzen vorausgehenden Krämpfen und Contracturen der Muskel) sich auszeichnen.

Uebrigens sind die beiden Formen Meningitis und Myelitis häufiger gemischt, somit auch ihre Zeichen.

Die Behandlung der Myelitis fällt mit jener der Meningitis spinalis zusammen.

Die acute Rückenmarkserweichung ist wohl weder der Form, noch dem Wesen nach, von Myelitis zu sondern; und die chronisch zu Stande kommende Erweichung dürfte mit denselben Symptomen einhergehen, wie die Atrophie des Rückenmarkes, wir verweisen daher für diese zweite Form auf die Beschreibung der Tabes dorsualis.

IV. Seröse Ergüsse in den Wirbelkanal. Hydrorrhachie, Hydrops spinae dorsi etc. etc.

Die Hydrorrhachie ist mit der Rückgratsspalte oder spina bifida ein angeborner Zustand, welcher gewöhnlich mit Hydrocephalus congenitus vorkommt, sich durch manuelle Untersuchung an der betreffenden Stelle (gewöhnlich in der Lumbal- und Sacral-Gegend) auffinden lässt und keine weiteren Symptome bedingt.

Seröse Ergüsse in den Wirbelkanal in späteren Jahren gehören zu den Seltenheiten; ihre Erscheinungen sind local, die der Reizung und die des ausgeübten Druckes etc. Die seröse Beschaffenheit des Ergusses ist aus den Symptomen nicht, vielleicht aus der Beschaffenheit der Constitution etc. zu vermuthen.

Auch hier sind derlei Ansammlungen nur als secundäre Prozesse zu gewärtigen.

Als Beleg hiefür einen erst vor Kurzem auf meiner Klinik beobachteten Fall:

N. N. Amtsdiener bei der k. k. Postverwaltung, der sonst immer gesund gewesen zu sein angab, litt nach angeblicher Verkühlung einige Wochen an heftigen Kreuz- und Lendenschmerzen. In der Folge gesellte sich ziemlich rasch eine Lähmung der unteren Extremitäten und der Blase hinzu. Die Schmerzen dauerten fort. Patient lag mit diesem Zustand längere Zeit im Spitale, und es bot der einigemal untersuchte Harn nur die Zeichen des Blasen-Catarrhs und viel Uroxanthin dar.

Bei der Aufnahme in die Klinik waren die beiden unteren Extremitäten, die Kreuzgegend, der Mastdarm und die Blase (der Detrusor) gelähmt. Zeitweise Schmerzen in der Gegend der Lendenwirbel und des Kreuzbeines, die bis nach vorne und in die gelähmten Glieder ausstrahlten und mitunter noch sehr heftig waren. Die excitomotorische Thätigkeit war nicht überall erloschen. Zeitweise Gefässaufregungen ohne bestimmten Typus, ohne bestimmter Dauer.

Organerkrankungen und Dyscrasie waren keine nachzuweisen. Der mittelst des Catheters entleerte Harn blieb der schon angegebene. Nach einigen Wochen ohne Ausbildung von Decubitus rasche Entwicklung eines verbreiteten Lungenoedems und Tod.

In der Leiche fand man auf der Dura der linken Grosshirn-Hemisphäre ein zwanzigkreuzergrosses Carcinom (medullar) mit seichtem Eindrucke am Cranium und geringer Abplattung des Gehirns. Lungenoedem, und im hinteren unteren Theile der rechten Lunge eine knollige Infiltration von krebsiger Beschaffenheit. An der unteren Fläche der Leber in der Nähe der Gallenblase ein haselnussgrosses Carcinom.

Die Nieren hyperämisch, Gries und grössere Concremente im Becken derselben; Catarrh und Excoriationen der Schleimhäute daselbst.

Die Häute des Rückenmarks und das Rückenmark selbst normal, nur waren erstere durch eine grosse Menge klarer seröser Flüssigkeit, welche im Sacke der Arachnoidea frei und beweglich enthalten war, ausgedehnt.

V. Bluterguss, Hämorrhagie in den Wirbelkanal, Apoplexia spinalis.

Bei Neugebornen kommen nach übereilten oder schweren Geburten primäre Hämorrhagien in den Wirbelkanal vor; ihre Folgen

sind rascher Tod oder Starrkrampf, Lähmungen, auch ungenügende Ausdehnung der Lungen in den ersten Lebenstagen. Secundäre Blutungen nach Kinnbackenkrampf oder Eclampsie der Säuglinge und im späteren Kindesalter (wegen Markerweichung oder Wirbelerweiterung) sind zuweilen Ursache plötzlichen Todes, und betreffen sowohl die Hüllen als auch das Mark (vornehmlich die graue Substanz). Bednař.

Bei Erwachsenen ist dieser Zustand äusserst selten, und leichter bei Erweichungen des Markes und Vereiterungen der Wirbelbeine als secundärer Zustand möglich.

Wir haben vor mehreren Jahren in der Klinik einen Fall von primärer Rückenmarks-Apoplexie beobachtet.

Ein junger kräftiger Soldat (ein Italiener) wurde während des Aufhebens einer schweren Last plötzlich von einem heftigen Stich im Rücken durchzuckt und sank bewusstlos und kreuzlahm zu Boden. Bei der einige Stunden darauf erfolgten Aufnahme in die Klinik bot Patient eine totale Lähmung der Kreuzgegend, der Blase, des Mastdarms und der beiden unteren Extremitäten dar. Bewusstsein, Sinnesthätigkeiten, obere Extremität etc. alles normal, so auch Puls und Temperatur. Professor Stefan Emanuel Schroff (unser unvergesslicher Lehrer) diagnosticirte Bluterguss in den Wirbelkanal.

In der Gegend der letzten Rücken- und oberen Lendenwirbel stellte sich mässige Reaction ein, die einer localen Antiphlogose wich. Nach fortgesetzten äusseren Gebrauch der Kälte und Arnica und entsprechendem Regime verliess Patient nach einigen Wochen vollkommen geheilt die Anstalt.

VI. Atrophie des Rückenmarks, Rückendarre, Rückenmarksschwindsucht, Tabes dorsualis, Atrophia dorsi.

Die allgemeine Rückenmarks-Atrophie ist selten, und es gilt von ihr das bei Atrophie des Gehirns Gesagte.

Die gewöhnlichere Atrophie des Rückenmarkes ist eine partielle, sie betrifft das untere Ende, die cauda equina.

An der Scheidungsstelle, wo die Atrophie beginnt, erscheint das Rückenmark wie eingeschnürt und knotig. Das Nervenmark ist grösstentheils geschwunden (oft um die Hälfte, um zwei Drittheile), eine gelbliche trockene Masse, in der man graue und weisse Substanz nicht unterscheidet, und die marklosen Hüllen bleiben zurück.

Zuweilen Erweichung des geschwundenen Markes, oft Verhärtung der grauen Substanz.

An der Atrophie nehmen meist die aus dem geschwundenen Theile des Rückenmarks entspringenden Nerven Antheil, und sind gelblich, hart, markleer. Die durch die Atrophie des Markes entstandene Leere im Rückgratskanale ist zuweilen durch Serum angefüllt. Zuweilen ist die Atrophie des Rückenmarks auf eine seitliche Hälfte desselben beschränkt (Canstatt).

Bei diesen Atrophien des Rückenmarks, die häufiger im Alter sich bilden, kommt es zu vorzeitiger Schwäche der von dem unteren Ende des Rückenmarkes mit Nerven versehenen Gebilde; Lähmungen der Blase, des Mastdarmes, der Geschlechtsfunction, der unteren Extremitäten bilden sich aus, während die Functionen des übrigen Nervensystems nicht in dem Grade ihre Kraft einbüssen.

Klinisch wichtig ist eine Krankheitsform, die bei jüngeren Individuen, vorzüglich bei Männern, vorkömmt, die man fast ausschliesslich mit dem Namen Tabes dorsualis, Rückendarre, Rückenmarkschwindsucht bezeichnet, und welche darin besteht, dass die Geschlechtstheile, die Blase, der Mastdarm und die unteren Extremitäten allmälig ihre Empfindlichkeit und Functionsfähigkeit einbüssen, ganz paralytisch und zuletzt atrophirt werden.

Diese Form ist's, die hier genauer beschrieben wird und zwar so, wie man sie bei Männern zu beobachten Gelegenheit hat.

Krankheitsbild.

Das Leiden fängt gewöhnlich mit erhöhter Reizbarkeit der Geschlechtstheile und scheinbar gesteigerter Geschlechtsfunction an; zuerst häufige Erectionen des Gliedes, Pollutionen des Nachts werden durch die geringsten Veranlassungen, schlüpfrige Gedanken, Reibung der Kleidungsstücke etc. erzeugt und schwächen den Kranken; der nächtliche Schlaf ist nicht mehr ruhig, nicht erquickend und stärkend.

Die Erectionen werden seltener, sind nicht mehr vollkommen; der Beischlaf kann nicht mehr so oft ausgeübt werden; die Pollutionen werden dagegen manchmal häufiger als sie es waren. Die Schwäche des Kranken nimmt zu, er fürchtet die Nächte, er fürchtet den Morgen, wo er einen drückenden Schmerz in der Lendengegend (wie wenn ein schweres Gewicht ihn daselbst drücken würde) und eine grosse Abmattung in den unteren Extremitäten empfindet. Auch die ersten Gehversuche fallen am Morgen schon ungeschickt aus; das Gemüth ist niedergedrückt, der Kranke über seinen Zustand sehr ängstlich.

Druck der Lenden, Mattigkeit, Schwere des Ganges verlieren sich bald früher, bald später im Laufe des Tages vollkommen, und das Uebel bleibt oft längere Zeit auf diesem Punkte stehen, besonders wenn die Lebensweise eine zweckmässige ist.

Im weiteren Fortschritte erlischt die Anregung des Geschlechtstriebes ganz; Erectionen kommen keine mehr, die Pollutionen sind selten und werden wegen der Steigerung des Leidens vom Kranken gefürchtet; der Rückenschmerz wird anhaltend, die Schwäche der Füsse nimmt zu und verlässt den Kranken auch für Momente nicht mehr. Zuckungen mitunter sehr schmerzhafte in den Nerven der unteren Extremitäten plagen den Patienten zeitweise. Das Muskelgefühl geht von der Peripherie aus verloren, der Kranke verliert beim Stehen, beim Gehen das Sicherheitsgefühl, er glaubt in der Luft oder auf einem wollenen Kissen etc. zu stehen; Zuckungen der ganzen Gliedmassen schnellen ihn zu Boden, besonders schlecht ist es mit ihm, wenn er sich plötzlich aufrichten oder umdrehen will; das Gehen wird unsicher, stolpernd oder mit vorwärts geschnellten Füssen ausgeführt, muss später durch den Gesichtssinn gestützt werden, Patient kann nicht gehen, wenn er nicht den Boden sieht, der Boden darf nicht glatt, nicht glänzend sein; zuletzt muss er sich führen lassen, geht mit gekrümmten Kreuze und stark auseinander gespreizten Beinen, und auch das ist nur für kurze Zeit gestattet, dann versagen ihm die Beine vollends den Dienst. Jetzt bringt er den grössten Theil des Tages liegend zu, wird bei Nacht und Tag ohne, oder häufiger nach äusseren Veranlassungen (Temperaturwechsel, reizende Nahrung etc.) noch von heftigen Schmerzen, schmerzhaften Zuckungen geplagt, und wenn ihm auch Bewegungen der Füsse in dieser Lage möglich sind, so sind sie seinem Willen grösstentheils nicht gehorchend. Die Muskulatur fühlt sich gleich von Vornherein schlaff, welk, tonlos an.

Gleichen Schritt mit der Lähmung des Muskelgefühls und der Motilität hält auch die Ausbildung der Anästhesie der Haut; die Empfindlichkeit geht an allen diesen Stellen nach und nach verloren, auch die excito-motorische Thätigkeit bleibt nicht geschont und wird zum grössten Theil eingebüsst.

Derselbe Gang der Lähmungen der Blase, des Mastdarms, der Bauchmuskeln; das drückende Gefühl verbreitet sich von der Lendengegend über den ganzen Unterleib, ein schnürender Ring macht den Kranken das Liegen unerträglich. Die Harnverhaltung kann Anfangs noch durch Druck auf die Blasengegend, starkes Drän-

gen überwunden werden, später ist die Entleerung des Harnes ohne Catheter nicht möglich. Der Stuhl ist verstopft, Anfangs nützen noch Klystiere, Stuhlzäpfchen, später selbst starke Drastica nichts.

In der Folge kömmt es zur Incontinentia urinae, dabei kann die Blase im Liegen doch nicht immer ganz entleert werden, der Kranke muss sich in eine knieende Stellung bringen lassen und durch Druck auf das Mittelfleisch die Entleerung zu bewerkstelligen suchen. Der Darm wird nie ganz von den angehäuften harten Kothmassen mehr entleert.

Mannigfache Verdauungsbeschwerden, Blasen-Catarrh, Eczeme des Hodensackes und des Mittelfleisches, Decubitus sind die nothwendigen Folgen.

Gemüthsverstimmung, Gereiztheit des Gemüthes, Schwäche der Sinne, besonders des Gesichtssinnes bleiben selten aus und die betroffenen Glieder werden atrophisch.

Zuletzt magert der ganze Kranke ab, es kommt zur Ausbildung von Lungentuberculose, oder der Kranke geht ohne dieser an Schwund oder an den Folgen des Decubitus (Pyämie etc.) zu Grunde.

Gefässaufregungen finden im Verlaufe häufig statt, sind ohne wesentlicherer Bedeutung, als dass sie das Qualvolle der Lage noch durch zufällige Hyperämien etc. steigern. Im Verlaufe des Leidens ist ihr Erscheinen nicht begründet, sie kommen nach Gemüthsaufregungen, Diätfehlern, oder am Ende mit und durch die Tuberculose, den Decubitus etc. zu Stande.

Der Harn ist, wie schon früher gesagt, meist alkalisch, hat immer viel Uroxanthin, und in der früheren Zeit der Krankheit auch viel Phosphorverbindung.

Aetiologie.

Wie schon gesagt, kommt dieser Prozess häufiger bei Männern vor (bei Frauen habe ich ihn nicht beobachtet) zwischen den 30.—40. Jahre und ist im Ganzen selten.

Die gewöhnlichste Ursache ist Onanie fortgesetzt aus der Jugend, oder im Mannesalter durch Missbrauch der Venus ersetzt.

Unterstützt wird die Ausbildung des Leidens dadurch, dass nebstbei körperliche Anstrengungen (Gehen, Reiten, Stehen etc.) oder Missbrauch geistiger Getränke thätig sind.

Der Verlauf ist gewöhnlich chronisch, doch nicht in allen Fällen von gleicher Dauer. Je früher der Prozess sich zu entwickeln beginnt, je mehr die Hauptursache und je mehr die Nebenursachen

noch fortwirken, desto rascher ist der Verlauf. Gewöhnlich zieht er sich in die Jahre.

Ausgänge.

1. Genesung kann in allen Fällen erzielt werden, wo das Uebel noch nicht bis zur Lähmung vorgeschritten ist.

2. Sind bereits Lähmungen vorhanden, so ist zwar noch Stillstand, aber nicht völlige Heilung möglich.

3. Der frühzeitige Tod auf die bereits angegebene Weise.

Complicationen.

Als solche kann die später sich entwickelnde Tuberculose aufgefasst werden, auch kann sich Tabes in schon früher tuberculösen Individuen ausbilden.

Als intercurrirende Complicationen können mannigfache acute Zustände hinzutreten.

Aehnlichkeit.

1. Von chronischem Zustande kommender Erweichung des Rückenmarkes mit dem Sitz am unteren Ende kann diese Form weder den Symptomen, noch dem Wesen nach geschieden werden; nur das ätiologische Moment ist ein anderes.

Und es mögen wohl jene bei Frauen beobachteten Atrophien des Rückenmarkes zu den Ersteren gehören; die man nach vielen Geburten, nach Säfteverlusten durch langes Säugen, Blutungen etc. beobachtet haben will.

2. Mit chronischer Entzündung der Rückenmarkshäute oder der Wirbelkörper in der Lumbalgegend.

In diesen Fällen ist der Entwicklungsgang ein anderer; die Symptome, wenn gleich auch nicht hochgradig, sind gleich anfangs continuirlich und beschränkt; Reizungszustände der Geschlechtsfunction fehlen, die Lähmungen bleiben lange oder ganz aus, können selbst einseitig sein, und bei stärkerem Druck von Seite des Exsudats treten sie rascher und vollständiger ein, ohne dass der Muskeltonus so rasch verloren ginge. Auch das Alter und Geschlecht des Kranken, so wie die Gelegenheitsursache stützen die Diagnose, und in den meisten Fällen von Knochenkrankheiten sind physikalisch nachweisbare örtliche Veränderungen aufzufinden.

Prognose.

Ist in der ersten Zeit nicht ungünstig, vorausgesetzt, dass durch das häufige Onanieren in der Jugend die Ausbildung des Körpers nicht damals schon sichtlich gelitten hat; vorausgesetzt, dass der

Kranke Vernunft und Willen genug hat, das Schädliche erkennen und auch meiden zu können.

Unter den entgegengesetzten Umständen ist die Prognose ungünstig, ein qualvolles Leiden, ein frühzeitiger Tod sind unvermeidlich, und das Leiden in seinen Hauptsymptomen wenig oder gar nicht zu beschwichtigen.

Therapie.

Hauptsache bleibt es, dass der Patient da, wo noch Hülfe möglich ist, jede Geschlechtsaufregung, physische sowohl als geistige strengstens meide.

Uebermässige, überhaupt ermüdende Anstrengungen des Körpers sind nach jeder Richtung hin zu untersagen.

Den geschwächten Theilen kommt man am besten durch die äussere Anwendung von Kälte und den Gebrauch der Mineralsäuren zu Hülfe.

Kalte Waschungen oder Begiessungen des Rückens, kalte Sitzbäder, täglich paarmal; innerlich Haller'sche Säure (die beste) oder Schwefelsäure tropfenweise mit Zuckerwasser getrunken; dabei nicht aufregende, leicht verdauliche Kost, keine geistigen, erhitzenden Getränke, kein Abendmal, keine Federbetten und eine erheiternde, den Geist von seinem Laster ablenkende Beschäftigung.

Dieses so lange fortgesetzt, bis die betreffenden Theile gehörig gestärkt sind, macht die eigentliche Therapie der Tabes dorsualis aus.

Als Nachkur möge der Patient das vernünftige Regime sein Lebelang beibehalten.

Symptomatisch bei Pollutionen und Erectionen vielleicht noch Kampher; bei Schmerzen Morphium, Chloroform, Veratrinsalbe (Romberg); bei Stuhlverstopfung Klystiere, leichte Abführmittel; bei Harnverhaltung fleissige Application des Catheters.

Bei weiter fortgeschrittener Krankheit ist meistens Alles erfolglos.

Eisen und China nützen bei dieser Form nichts; vielleicht dort, wo sie nach Blutflüssen etc. entstand.

Reizmittel: Strychnin, Electricität sind direct schädlich.

Man schickt derlei Kranke, um ihnen die Hoffnung nicht zu rauben, bei sonst gegebener Möglichkeit in ein leichtes Eisenbad oder nach Gastein, Tüffer, Aachen oder nach Gräfenberg etc. Auch sollen derlei Bäder schon manchmal genützt haben.

Die übrige Behandlung ist symptomatisch, wie schon angegeben; ferner sind erforderlich grosse Pflege, Reinhaltung des Bettes,

der Wäsche (wegen Decubitus), Harn-Recipient bei Incontinentia etc. etc.

Auch im Wirbelkanal kommen manchmal Aftergebilde (knorpelige, knöcherne Concremente an den Häuten, Cysten, Krebs etc.) vor.

C. Neurosen und Krankheiten einzelner Nerven und Nervengebiete.

Wir nehmen diese Formen zusammen, weil in den meisten Krankheiten der einzelnen Nerven und Nervengebiete das den Symptomen zu Grunde liegende materielle Substrat ein unbestimmtes, häufig ebenfalls ein mangelndes ist.

Die Unterschiede zwischen eigentlicher Neurose (aus krankhafter Reizbarkeit oder Leitungsfähigkeit der Nerven) und den durch materielle Ursachen bedingten Nervenkrankheiten sind nicht so strenge durchzuführen; und es erscheint der Kürze wegen zweckmässiger, die Hauptformen der Nervenkrankheiten anzuführen und bei den einzelnen auf die möglichen ursächlichen Verhältnisse aufmerksam zu machen.

Als nachweisbare materielle Vorgänge in den Nerven finden sich: Hyperämien, Ecchymosen, Entzündung, Atrophie, Degeneration in Körnchenzellen und Fettkörnchen; von Geschwülsten Tuberkel, Krebs und vorzüglich Neurome (Bindegewebs-Geschwülste).

Türk deducirt aus einer Reihe gesammelter und durch Autopsie bestätigter Fälle nachstehende Momente, welche (abgerechnet jene Vorgänge, die das Hirn direct und mittelbar die dabei betheiligten Nerven treffen) die Functionsbehinderung der einzelnen Gehirnnerven bedingen können: Compression an die harten Wände der Schädelbasis, Gefässeinschnürung, Druck auf die Nerven innerhalb der Löcher der dura mater und innerhalb der Knochenkanäle der Schädelbasis bei krebsigen Prozessen daselbst (und consecutiver Verengerung der Löcher, Lockerung der Kanäle, Einschnürung der Nerven durch die Krebswucherung selbst); Entzündung mit dem Ausgange in Atrophie, gallertartige Entartung, Afterprodukte in der Substanz der Nerven selbst: Tuberkel, Krebs.

I. Neuralgie des Kopfes, Hemicrania, nervöser Kopfschmerz, halbseitiger Kopfschmerz, Migräne, Clavus.

Periodischer Kopfschmerz, der mit oder ohne Vorboten eintritt und rasch zu höheren Graden gedeiht, und in den meisten

Fällen nur eine Seite des Kopfes (gewöhnlich die linke) einnimmt, und hier vorzüglich in der Supraorbital- und Schläfengegend wüthet oder sich auf eine kleinere Stelle derselben beschränkt (Clavus Ovum), vorzüglich in der Nähe der Pfeilnath.

Seiner Qualität nach ist er stechend, reissend, häufiger bohrend, klopfend, nagend; dabei ist eine ungemein erhöhte Empfindlichkeit der Kopfhaut und der Sinne gegen äussere Eindrücke zugegen; Berührungen des Kopfes, selbst der Haare, Geräusche, grelleres Licht, stärkere Gerüche etc. steigern den Schmerz, wogegen Bewegungen des Kopfes und des Körpers denselben nicht immer steigern.

Die Stirn- und Augengegend ist während des Schmerzes heiss oder warm, die Augen glänzend, thränend, manchmal stärkere Pulsation der Kopf- und Halsgefässe. Das übrige Gesicht blass, kühl, (selten turgescirend); Gefässaufregung keine zugegen, oder der zwar frequente Puls ist sehr klein, zusammengezogen, die Hände und Füsse kühl.

Harn wird bei längerer Dauer des Anfalles oder nach dem Anfalle viel gelassen, derselbe ist blass, sauer und zeigt eine gleichmässige Verminderung aller Salze und Farbstoffe (spastischer, anämischer Harn).

Die Dauer des Anfalles ist verschieden, von 6—48 Stunden; die Vorboten desselben können sein: Frösteln, Gähnen, gereiztes Gemüth etc. Die Crisis desselben ist ruhiger Schlaf, und in gar manchen Fällen geht diesem und dem Nachlass des Schmerzes ein gallichtes oder wässrig-schleimiges Erbrechen voraus.

Aetiologie und Verlauf.

Diese Algie kömmt vorzüglich bei zarten nervösen Individuen, besonders des weiblichen Geschlechtes (während der Zeugungsperiode), daher bei hysterischen, chlorotischen, jungen kinderlosen Frauen, jungen Wittwen etc.; bei schwächlichen jungen Männern oder solchen, die durch anhaltendes Arbeiten, durch Missbrauch von Thee, Kaffee, durch vieles Nachtwachen eine grosse Reizbarkeit der Sinne und der Nerven erlangt haben, vor.

Hysterische Weiber leiden alle an Migräne, aber Migräne kommt auch bei solchen Individuen beiderlei Geschlechtes vor, die nicht an anderen hysterischen Zufällen leiden.

In der späteren Kindheit, so wie im Alter ist sie selten, gewöhnlich hört sie mit den climaterischen Jahren vollständig auf.

Gelegenheits-Ursachen.

Für den Ausbruch der einzelnen Anfälle braucht es oft keine;

ein andermal sind Verkühlung, Diätfehler, gewisse Speisen (Indiosyncrasie), Sinnesreize, Gemüthsaffecte die nächsten Veranlassungen dazu.

Die Zahl der Anfälle ist nicht gleich, manchmal kommen sie regelmässig alle 3—4 Wochen oder zur Zeit der eintretenden Catamenien oder während der Schwangerschaft; in anderen Fällen braucht es immer irgend einer stärkeren Einwirkung, damit ein grösserer Anfall erfolge.

Die Krankheit dauert im Ganzen durch einige Jahre oder kürzer; oder es setzen sich mit wechselnder Intensität und Zahl die Anfälle bis ins Alter fort.

Ueble Ausgänge hat dieser Kopfschmerz in der Mehrzahl der Fälle nicht; nur bleibt es manchmal zweifelhaft, ob nicht durch denselben chronische Reizungsprozesse der Häute (Verdickungen, Trübungen etc.) angeregt werden, oder ob dieser Schmerz nicht in diesen Fällen selbst das Symptom dieser Zustände ist.

In manchen Fällen sind nemlich die Individuen auch in den Zwischenzeiten nicht von den Symptomen frei, sie leiden an drückenden Schmerz, Sinnestäuschungen, Trägheit der geistigen Function etc.

Verwechslung mit activen Hyperämien kann nicht leicht stattfinden. Die Constitution der Kranken, der rasche Eintritt und das schnelle Steigen des Schmerzes, der Mangel von Hyperämie im Gesichte, das fehlende Fieber, der spastische Harn und vor Allem das schon frühere Dagewesensein ähnlicher Anfälle sichern die Diagnose.

Die Prognose ist im Allgemeinen nicht ungünstig; wenn auch qualvoll oder sehr lästig, ist das Leiden doch nicht gefährlich.

Die Therapie besteht in einer symptomatischen während des Anfalles, und in einer sogenannten radicalen, während der Zwischenzeiten auszuübenden.

Im Anfalle sind alle wie immer benannten Reize streng entfernt zu halten (dunkles Zimmer, kühle Luft, kein Geräusch etc.); nach vorausgegangenen Gemüthsaffecten ist das Gemüth zu beruhigen etc. etc.

Zur Abkürzung des Anfalles tragen bei, äusserlich: festes Binden des Kopfes oder Umschläge von Wasser und Essig, vom kalten Wasser allein, Krennschnitten auf die Stirngegend, Sauer- oder Senfteige in den Nacken oder auf die Füsse gesetzt, Auftropfen von Aether auf den Kopf, Waschen der betreffenden Stelle mit Haller's Säure, mit Chloroform; Riechen von Chloroform, von Stinkasand-Tinktur, von Hoffmann'sgeist.

Innerlich gibt man Aqua laurocerasi (10—20 Tropfen alle $\frac{1}{4}$ Stunde) oder mit Morphium ($\frac{1}{2}$ Gran auf 1 Drachme Aqua laurocerasi), einen Aufguss von Pomeranzenblättern, Melissenthee, Elaeosaccharum Valerianae. Bei Hysterischen ist Castoreum allein oder mit anderen beruhigenden Mitteln (Aqua laurocerasi etc.) das Beste.

Die radikale Behandlung fällt mit der bei Anämie und Hysterie angegebenen zusammen. In vielen Fällen z. B. bei sonst nicht zu schwach Constituirten, nicht zu Anämischen oder bei Schwangeren etc. braucht es dieser Behandlung nicht; so wie anderer Seits in vielen Fällen jede derartige Behandlung erfolglos bleibt, und über kurz oder lang ganz aufgegeben wird.

Der Schwindel, Vertigo ist in höheren Graden nur ein Vorläufer, oder das Symptom anderer theils bedeutender, theils leichterer Erkrankungen.

Nur in geringeren Graden und da, wo er durch äussere Veranlassungen: durch drehende Bewegung, durch Tanzen, Schaukeln, Bücken, Herunterblicken von einer beträchtlichen Höhe, raschen Wechsel der Sinneseindrücke etc. erzeugt bald wieder vorübergeht, ist er als idiopathisch aufzufassen; hat aber gewöhnlich keine grössere Bedeutung, und erfordert auch keine besondere Therapie.

II. Neuralgia nervi trigemini, Gesichtsschmerz, Prosopalgia, Fic douloureux. Dolor faciei Tothergilli.

Die Krankheit setzt sich aus Anfällen von heftigen Schmerzen zusammen, welch letztere in den Verzweigungen der Aeste des Trigeminus, fast immer nur einer Gesichtshälfte wüthen. (Von doppelseitiger Prosopalgie sind nur einige Fälle bekannt. Canstatt).

Der Schmerz beschränkt sich manchmal auf die Verzweigungen bloss des einen Astes; häufiger wechselt er in demselben Anfalle oder in verschiedenen Anfällen seinen Sitz in den Verzweigungen verschiedener Aeste. (Stirn, Wangen, die Gegend vor dem Ohre, unter dem Auge, die Zähne, die Augen, Nasen- und Mundhöhle etc. sind sein Sitz).

Er kommt manchmal mit Vorboten, häufiger ohne solchen plötzlich, und ist heftig, schneidend, bohrend, zuckend etc., gewöhnlich über eine grössere Parthie ausgebreitet; die Muskel dieser Seite gerathen in Zuckungen, die Augen werden krampfhaft geschlossen, der Mund verzogen, Trismus stellt sich ein, die Haut dieser Seite ist geröthet und turgescirt etc.

Allgemeines Zittern, heftige Schmerzäusserungen, selbst allgemeine Convulsionen kommen durch die Heftigkeit des Schmerzes zum Ausbruche.

Gefässaufregungen fehlen oder sind in den heftigen Anfällen zugegen.

Diese, Bezugs ihrer Aetiologie sehr verschiedene und in ihren heftigsten Fällen meist genetisch unerklärbare Krankheit ist der Verlaufsweise, der Dauer und der Heilbarkeit nach nicht immer dieselbe; im Gegentheile gibt es hier sehr wesentliche Varietäten.

a) Leichtere Formen; deren gibt es zwei, eine ist eine Intermittens larvata, die zweite eine Rheumatalgia acuta.

Die Intermittensform befällt gewöhnlich den Supraorbital-Nerven und dessen Verzweigungen immer der einen Seite (ich habe sie öfter rechts als links beobachtet). Der Typus ist ein quotidianus, seltener ein dreitägiger. Die Anfälle erfolgen Morgens ohne Veranlassung, dauern einige Stunden, enden allmälig und manchmal mit Schweiss.

Im Anfalle ist die Stirn- und Augengegend heiss, das Auge thränt, ist lichtscheu, die Conjunctiva ist bedeutend injicirt. Manchmal consecutive Hirnhyperämie höheren Grades und Fieber; der Schmerz wird durch Druck nicht gemildert und durch Alles gesteigert, was die schon bestehende Hyperämie erhöhen kann.

Ist der Anfall vorüber, so bleibt bis zum nächsten einige Empfindlichkeit oder keine Spur des Schmerzes, und nichts kann denselben hervorrufen.

In seltenen Fällen ist nach dem Paroxysmus der Harn wie nach der Intermittens aperta.

Das streng Typische der Anfälle, das gleichzeitige Vorkommen in der Epidemie mit Intermittens oder in Individuen, die schon früher an Wechselfieber gelitten haben, und die rasche Wirkung des Chinins sichern die Diagnose.

Diese Form kömmt bei jüngeren Leuten häufiger vor (vide Intermittens), ist wohl zu Recidiven geneigt, geht aber nie in die chronische Form über.

Die Rheumatalgia acuta trigemini (oder Neuritis nervi trigemini) hat auch vorzugsweise ihren Sitz im Supraorbitalis, bleibt aber nicht so streng auf diesen beschränkt, hat keine vollkommenen Intermissionen, nur auffallende Remissionen (die Exacerbationen erfolgen Abends, aber auch Morgens), wird von localer Hyperämie, mässigen Fieber, und manchmal auch von rheumatischen Schmerzen der Nacken- und Halsmuskel oder von Catarrhen begleitet.

Die Empfindlichkeit gegen äusseren Druck ist hier grösser als bei der Intermittens.

Er befällt meist junge Leute nach directen Verkühlungen.

Seine Dauer ist kurz, doch kann sich aus dieser Form die hartnäckige chronische (wahrscheinlich durch Wiederholung der Verkühlungen) herausbilden.

b) Die eigentlich gefürchteten schwereren Formen sind diejenigen, wo die oben beschriebenen Anfälle mit dem Wechsel des speziellen Sitzes des Schmerzes anfangs in längeren Zwischenzeiten (Wochen, Monate, selbst Jahre), später immer rascher sich folgen, zuletzt durch die geringsten Veranlassungen: Kauen, Sprechen, Gähnen, Zugluft etc. fort und fort hervorgerufen, den Kranken zu allen Verrichtungen unfähig machen, und ihn so ohne Unterlass quälen.

Diese Form ist es, deren heftige, rasch sich folgende Paroxysmen in die Jahre dauernd beobachtet wurden, in deren Gefolge Geisteskrankheiten, Paralyse der einen Gesichtshälfte, Atrophie der letzteren oder des ganzen Körpers zu Stande gekommen sind.

Sie wurde bei beiden Geschlechtern fast gleich häufig, in der zweiten Hälfte des Lebens aber häufiger beobachtet, eben so häufig rechter Seits als links.

Die nähere Ursache derselben bleibt häufig durch die ganze Dauer unbekannt, und wird wohl in vielen hieher gehörigen Fällen im Centro und den Knochen zu suchen sein, durch welche die Nervenäste hindurchgehen.

Man nennt auch diese Prosopalgie zum Unterschiede von den früheren organica, weil die Literatur viele Fälle aufzuweisen hat, wo durch Druck von Seite der Knochen oder Krebswucherungen etc. der Prozess unterhalten wurde.

Dass auch Rheumatismus im Stande ist, diese Form zu erzeugen, ist nicht zu bezweifeln, und es theilte Professor Schuh einen hieher einschlägigen Fall heuer in der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte mit.

Auch bei Gichtkranken könnte durch Anregung von chronischen Entzündungsprozessen in der Beinhaut oder der Nervenscheide dasselbe zu Stande kommen.

Die P r o g n o s e war bei der chronischen Form bis jetzt nicht günstig, da die Ursachen in den meisten Fällen nicht zu beseitigen und die Therapie erfolglos war; der Kranke wegen der fürchterlichen Schmerzen, des Mangels an Schlaf und Gemüthsruhe zu Allem unfähig, seinen Leiden und dem folgenden Siechthume frühzeitig unterlag.

Die als geheilt angeführten Fälle mögen ohne Unterschied den leichteren Formen angehören.

In den letzten Jahren wurde die Resection der vom Schmerze befallenen Nervenäste und ihrer Verzweigungen auf eine gegen früher versuchte Methode modifizirte Weise von Prof. Patruban und Schuh ausgeführt und es wurde in einigen Fällen schon ein glänzender Erfolg erzielt.

Wenn auf diese Art einer heilsamen Therapie der Weg gebahnt wird, dürfte auch das Leiden für die meisten chronischen Fälle seine Hartnäckigkeit eingebüsst und somit aufgehört haben, so qualvoll und gefürchtet zu sein.

Therapie.

Gegen Prosopalgia als intermittens gilt das, was wir bei Wechselfieber über die Behandlung der larvirten Formen gesagt haben.

Grosse Dosen Chinin vor dem Anfalle, und bei rezidivirten Fällen noch kleine Gaben längere Zeit fortgesetzt sind das sicherste, und wahrscheinlich auch einzige Heilmittel.

Gegen Prosopalgia rheumatica: Jodkali mit Morphium, Tartarus stibiatus in dosi refracta, bei Zeiten ein Vesicans, Unguentum mercuriale mit Opium, Warmhalten, später kalte Waschungen gegen Rezidiven, welche wohl strengstens vermieden werden müssen.

Die chronische Prosopalgie wurde mit den verschiedensten (auch den am meisten heroischen) Mitteln, immer aber mit problematischen Erfolge behandelt.

Nach den muthmasslichen genetischen Momenten, nach den Constitutions-Verhältnissen des Kranken, der Dauer des Leidens, der Anzahl und dem Typus der Anfälle machte man sich die verschiedensten Jndicationen, und gab kohlensaures Eisen, Arsenik, Quecksilber, Jodkali, Alkalien, Kupfer, Narcotica, alle ohne Unterschied in den verschiedensten Combinationen.

Aeusserlich kamen: Kälte, Douche, Compression, alle Arten Salben, künstliche Eiterung, Moxen, Acupunctur, Electricität, die Nervendurchschneidung, das Glüheisen zur Anwendung.

Mittelst des Letzteren hat Carabelli ein paar hartnäckige und sehr hochgradige Fälle geheilt, auf die Art, dass er mittelst des Glüheisens die Weichtheile der kranken Seite zwischen Haut und Beinhaut, auf eine freilich sehr schmerzhafte Weise, versengte.

Lassen sich wo ätiologische, sogenannte äussere Momente konstatiren, oder mit Wahrscheinlichkeit vermuthen, so ist das Nöthige zur Entfernung derselben zu thun.

Als lindernde Mittel sind nebst den äusserlichen (Kälte, Wärme, Druck, Chloroform und Opiumsalbe etc.) wohl auch Chloroform als

Einathmung, Morphium, Chinin, Jodkali, Eisen (bei Anämischen) etc. zu versuchen.

Gelingt mit diesen und durch Anwendung von leichteren Ableitungen in der Haut (Vesicanzen) keine Linderung, so dürfte auch von den Uebrigen nichts zu erwarten sein.

Bei Möglichkeit der Heilung auf arzeneilichem Wege (bei chronischen Rheumatismus oder Gicht) reicht man mit dem Genannten aus.

In den anderen Fällen ist gewiss die von Patruban und Schuh vorgeschlagene und schon paarmal mit vollständigem Erfolge ausgeführte Resection der Nervenäste allen anderen Verfahren vorzuziehen; selbst wenn in einem und demselben Falle der operative Eingriff zur völligen Zweckerreichung wiederholt werden müsste.

Die Anaesthesie des Quintus einer Seite ist auch selbstständig beobachtet worden, wo dann an einzelnen Stellen dieser Seite die Empfindung fehlte, der Kranke beim Trinken das Gefäss für abgebrochen hielt etc.

Erstreckt sich diese Anaesthesie auf eine grössere Parthie, so ist das Leiden im Centro zu suchen, und es dürften dann auch noch andere Nerven gelähmt sein.

Der massecatorische Gesichtskrampf (Krampf der pars motoria Nervi trigemini) ist entweder ein tonischer (Trismus, Mundsperre), oder ein clonischer (Zähneklappern, Zähneknirschen) und meistens Reflexerscheinung oder Symptom eines acuten Hirnleidens; kommt auch bei Typhus etc. vor.

Trismus ist häufig der Vorbote und stäte Begleiter des allgemeinen Starrkrampfes.

In seltenen Fällen entsteht Trismus auch idiopathisch nach plötzlichen Verkühlungen, und ist mit heftigen Schmerzen verbunden.

Einreibungen mit Chloroform oder Opium, Frottirungen, Einathmen von Chloroform heben den Zustand.

Die masticatorische Gesichtslähmung, wobei der Kranke nicht kauen, nicht beissen kann, ist auch meistens einseitig; sie kommt in Combination mit anderen Sensibilitäts- oder Motilitäts-Störungen bei Krankheiten des Centrums (Apoplexie etc.) vor.

III. Lähmung des Facial-Nerven, Paralysis facialis, Hemiplegia facialis.

Die Zweige des einen Facialis sind gelähmt, daher auf dieser Seite des Gesichtes Lähmungs-Symptome der Motilität: Der Kranke kann das Auge nicht schliessen (beim Versuch dazu wird der Bulbus nach aufwärts gerollt), die Stirnhaut nicht falten, die Lippen nicht bewegen, Lippenbuchstaben nicht aussprechen, er kann nicht pfeifen, lachen etc. Die Wange dieser Seite versagt beim Trinken, beim

Kauen, ihren Dienst (die Kaumuskel functioniren normal). Das Gesicht ist etwas entstellt, die Haut der Stirne glatt, ohne Runzeln, das eine Auge immer halb offen, der Mund steht etwas schief; beim Sprechen etc. stellt sich dieses noch deutlicher heraus. Diese Seite kann gleichzeitig etwas mehr gedunsen, gewölbt, auch mehr gespannt sein; oder was häufiger bei längerer Dauer, sie ist mehr eingefallen, und der Muskeltonus auch verloren.

Die Empfindlichkeit der Haut und der Schleimhäute ist normal, auch die leisesten Reize werden genau empfunden, oder sie wird mit der Zeit mehr weniger abgestumpft; auch haben die Kranken manchmal das Gefühl von Pelzigsein, Kälte, Geschwollensein etc.

Bei längerer Dauer stellt sich Conjunctivitis chronica mit Umstülpung des Lides, endlich Atrophie der Gesichtshälfte ein.

Auch diese Form ist manchmal eine leichtere, mehr acut verlaufende oder eine hartnäckige unheilbare.

Die erstere ist vorzüglich durch Verkühlung in jüngeren Leuten angeregt: Rheumatismus paralyticus faciei oder Paralysis facialis rheumatica.

Diese Form entsteht gewöhnlich plötzlich nach directer Verkühlung, und zwar stellt sie sich entweder gleich als Lähmung ein, oder es gehen der vollständigen Paralyse einige Zeit rheumatische (heftige) Schmerzen auf dieser Seite des Gesichtes voraus.

Gewöhnlich sind noch andere rheumatische Affectionen (Schmerzen, Steifheit der Nackenmuskel) und am Anfange des Prozesses auch Fieber vorhanden. Auch ein Wechseln dieser Paralyse mit anderen rheumatischen Affectionen wurde beobachtet.

Die hartnäckigen und bleibenden Formen werden durch Druck erzeugt, welchen der Facialis im Centro, oder in der Peripherie erleidet.

Druck in der Peripherie durch Geschwülste, Drüsen-Anschwellungen etc. kann behoben, und so auch die durch ihn erzeugte Gesichtslähmung geheilt werden.

Bei dem im Centro, oder innerhalb des Felsenbeines ausgeübten Drucke ist das Leiden meistens bleibend.

Da leiden gewöhnlich gleichzeitig andere Nerven mit, häufig ist das Gehör auf dieser Seite aufgehoben, oder die Zunge oder die Empfindung dieser Seite oder die Muskel des Bulbus mit gelähmt. Entzündung, Tuberkel, Krebs, etc. liegen zu Grunde.

Türck hat in der Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte hieher einschlägige — sehr interessante Fälle mitgetheilt. (Eilfter Jahrgang, IX. und X. Monatheft).

Vorkommen, Verlauf.

Aus allen dem Gesagten ergibt sich, dass diese Form im verschiedenen Alter und bei sehr verschiedenen Individualitäten vorkommen, einen verschiedenen Verlauf und Dauer haben könne.

Die günstigste Form ist die durch Rheumatismus im früheren Lebensalter erzeugte, vorausgesetzt, dass nicht auch hier schon Täuschung in Bezug der ätiologischen Momente Statt findet; aber auch diese Form verläuft mitunter sehr langsam oder unvollständig, besonders, wenn Anfangs die Sache vernachlässigt wird.

Die durch peripherischen Druck von Seite entzündeter Drüsen erzeugten Fälle sind von mehr kurzer Dauer. Diese Fälle sind es auch, wo die Prognose günstiger gestellt werden kann.

Wo hingegen bei jungen oder älteren Individuen gleichzeitig Krankheiten des Ohres, (Taubheit, Ohrenschmerz, Ohrenfluss) oder Lähmungen anderer Nerven bestehen, ist die Prognose immer ungünstig.

Therapie.

Bei der acuten rheumatischen Form nach dem Grade der localen Hyperämie: Blutegel, sonst Jodkali, Tartarus stibiatus, warmes Verhalten; auch anfangs gleich ein Vesicans; Mercurial- oder Jodsalbe.

Bei längerer Dauer dieser Form oder in anderen Fällen versucht man mit in Eiterung gehaltenen Hautstellen (Zitzengrube), reizenden Salben, Phosphorliniment, Electricität etc, die Thätigkeit der Nerven herzustellen.

Bei scrophulösen Kindern und gleichzeitiger Krankheit des Ohres muss man gegen dieses constitutionelle Leiden ankämpfen; wird aber gegen diese Formen (Lähmung des Facialis und Acusticus) wahrscheinlich keine Erfolge erzielen.

Der mimische Gesichtskrampf (Spasmus facialis, tic non douloureux) besteht in convulsivischen Bewegungen der vom Facialis besorgten Gesichtsmuskel; er ist häufiger einseitig, und gibt sich durch verschiedene, wechselnde Verzerrungen des Gesichtes kund.

Er ist häufig Vorläufer und Begleiter anderer acuter und chronischer Convulsionen, es sollen auch höhere Grade durch Rheumatismus entstehen können, und im geringen Grade sieht man ihn häufig als Folge übler Angewöhnung.

Hieraus ergibt sich seine Bedeutung und Therapie.

IV. Neuralgie des Rückenmarkes, Spinal-Neuralgie, Spinal-Irritation, Neuralgia spinalis.

Erhöhte Empfindlichkeit und Schmerzhaftigkeit des Rückenmarkes und der von dort ausstrahlenden Empfindungsnerven mit zeitwei-

sen Convulsionen oder (meist vorübergehenden) Lähmungen der Bewegungsnerven des Rückenmarks, ohne materielles Leiden im Wirbelkanal selbst, geben den Begriff dieser Form.

Krankheitsbild.

Eine gewöhnlich grössere Strecke des Rückenmarkes ist der Sitz des Schmerzes; dieser ist stechend, reissend, durchschiessend und so heftig, dass er vom Kranken selbst geklagt wird; dabei ist die betreffende Stelle des Wirbelkanales gegen äussere Eindrücke (Lage des Kranken darauf, Fingerdruck) sehr empfindlich, nicht selten der Art, dass nicht die leiseste Berührung vertragen wird.

Diese Schmerzhaftigkeit und Unleidlichkeit gegen äusseren Druck oder Kälte oder Zugluft findet sich in der Hautparthie, deren Nerven von der kranken Stelle des Rückenmarkes kommen.

In den dieser Stelle entsprechenden Muskeln und Organen entstehen zeitweise ohne Veranlassung die verschiedensten Schmerzgefühle, clonische und tonische Krämpfe; wenn die Parthie des Rückenmarks etwas grösser ist, auch allgemeine Convulsionen, welche mit Contracturen, Tetanus abwechseln, und bald länger bald kürzer dauernde Paralysen zurücklassen.

Diese Erscheinungen von Krämpfen werden durch äussere Reizung der schmerzhaften Hautstellen und im noch höheren Grade und hier mit Lähmungen zugleich durch einen etwas stärkeren Druck auf das Rückenmark hervorgerufen; der Kranke bricht im wahren Sinne des Wortes unter diesem Drucke zusammen, bleibt paralysirt einige Zeit, oder es kommen zuerst mehr partielle oder mehr verbreitete Convulsionen, Contracturen, um von den dann folgenden scheinbaren Lähmungen abgelöst zu werden.

Ist der Sitz der Affection ein beschränkterer (über 2 — 3 Wirbel), so sind die grosse Schmerzhaftigkeit an dieser Stelle, die ungemeine Empfindlichkeit der entsprechenden Hautstellen und die in diesem Bereiche vorzüglich an den Muskeln des Rumpfes und der Gliedmassen vorkommenden Krampfsymptome das eigentliche Bild der Krankheit.

Nach dem verschiedenen Sitze der Affection am Hals-, Rücken- oder Lendentheile werden sich somit auch die Symptome an den Gebilden des Nackens, der oberen und unteren Gliedmassen etc. etc. äussern.

Häufig wechselt eine solche beschränktere Affection ihren Sitz über den Tag, und so wechselt auch in dieser kurzen Zeit das Bild der Krankheit und es ist auffallend, wie schnell und spurlos an der zuerst ergriffenen Stelle die Symptome schwinden.

Bei mehr verbreiteter Affection über einen grösseren Theil der Medulla spinalis sind dann die Erscheinungen auch mehr allgemein.

Anfälle von grösserer Schmerzhaftigkeit und von Convulsionen etc. kommen, wie schon gesagt, theils nach äusserer Einwirkung, also in beliebiger Anzahl, theils von selbst in ganz unbestimmten oder scheinbar auch streng typischen Zeiträumen; fallen diese Zwischenzeiten länger aus, so sinkt während derselben die Empfindlichkeit der Haut und der Wirbelsäule auf einen bedeutend geringeren Grad herab, ohne ganz zu verschwinden.

In anderen Fällen sind die Paroxysmen nicht scharf geschieden, sie folgen sich rasch und der Nachlass sowohl der centralen als peripherischen Symptôme ist kein so erheblicher.

Hyperämie in den äusseren Theilen, Turgescenz, Temperatur-Erhöhung, so wie grössere Pulsfrequenz ist in jedem Falle zugegen, besonders während der Exacerbationen und der Anfälle; doch ist der Fiebersturm ohne Dauer, ohne Halt, der Puls, wenn gleich sehr frequent, doch nicht so voll, so stark wie bei entzündlichen Leiden, die Frequenz selbst sehr wechselnd.

Die Functionen des Gehirns und der Gehirnnerven nehmen bei geringeren Graden gar keinen Antheil, bei höheren schwindet in den Anfällen der Convulsionen das Bewusstsein, und in den Zwischenzeiten bleibt ein geringer Grad von Sopor, Trägheit der Sinne, der Sprache zurück. Ebenso verbreiten sich die allgemeinen Convulsionen über die Muskel des Gesichtes, der Bulbi etc.

Bei längerer Dauer des Leidens, nach häufigen, rascher erfolgten Anfällen von allgemeinen Convulsionen etc. bleiben, nebst stärkeren Hirntorpor, Stumpfheit der Sinne, auch die Lähmungen der willkührlichen Muskel theils markirter, theils länger; sie sind aber nicht bleibend und nicht vollständig. Die excito-motorische Thätigkeit ist wohl dabei geschwächt, aber nicht erloschen.

Das Vorkommen von Spinal-Irritation wird von vielen Aerzten geläugnet, ebenso von Andern die Häufigkeit derselben überschätzt.

Es liegt sehr nahe, leichtere Formen auf vorübergehende Hyperämien zum Rückenmarke zurückführen und bei hochgradigeren, hartnäckigen ein anderes materielles Substrat in den Nerven-Centris annehmen zu wollen.

Gegen das Erstere lässt sich auch füglich nichts einwenden, doch bleiben immerhin diese Hyperämien, die mit so auffallend gesteigerter Empfindlichkeit der Haut und der Wirbelgegend und mit

so erhöhter Reflexthätigkeit spurlos verlaufen, ganz eigenthümlich von andern Hyperämien, dem Krankheitssymptome nach, sehr verschieden.

Die Annahme des zweiten Punktes bestätiget sich nicht immer; denn wenn auch diese Spinal-Irritation manchmal mit chronischen oder acuten Ablagerungsprozessen in den Nerven-Centris oder ex sympathia angeregt mit anderen Organerkrankungen verlaufen dürfte (aber wahrscheinlich nicht mit dieser Eigenthümlichkeit der Symptome und ihrer gegenseitigen Combination), so habe ich doch Fälle beobachtet, wo die Section auf kein derartiges, den ganzen Sachverhalt erklärendes Verhältniss schliessen liess.

Ich will mich auch bei der weiteren Darstellung an das halten, was ich hiervon selbst gesehen habe.

Ich sah die Spinal-Irritation meist auf einige Hals- oder Rückenwirbel beschränkt im Verlaufe anderer Krankheiten: so des Typhus (und zwar in den ersten Tagen desselben), der Blattern (im ersten Stadio), der Masern (in der Blüthe des Exanthems) und des acuten Gelenksrheumatismus; in diesen Fällen waren es junge Individuen, meist Männer (ein Typhus betraf ein Mädchen) von kräftiger Constitution, und es bestanden bei ihnen die angeführte Empfindlichkeit der Haut, Schmerz des Rückgrats, geringe Zuckungen der Muskel durch einige Tage, um dann spurlos zu verschwinden und ohne allen Einfluss auf die schon bestandene Krankheit. Nur bei dem typhösen Mädchen waren die Convulsionen heftiger, der ganze Symptomen-Complex machte unbestimmte Exacerbationen und dauerte länger. Nach seinem Verschwinden verlief der Typhus mit den Zeichen der erethischen Schwäche, doch der frühere Symptomen-Complex erschien nicht wieder.

Ich sah die Zeichen der Spinal-Irritation bei hysterischen Personen (deren sonstige Anfälle ohne diesen Symptomen einhergingen) mit Hemicranie complicirt und bei ganz jungen Mädchen mit leichter Fieberbewegung, und obwohl ziemlich hochgradig, doch von kurzer Dauer (von bloss paar Tagen) und mit plötzlichen Verschwinden.

Zwei hochgradigere Fälle kamen zur Section, in beiden liess sich nichts Materielles nachweisen, was für die im Leben beobachteten Symptome einer selbstständigen Rückenmarksaffection hinreichende Erklärung geboten hätte.

Der eine betraf ein tuberculöses Mädchen von zarter Constitution, bei welchem sich im Verlaufe der Tuberculose ein hochgradiger Gelenksrheumatismus von längerer Dauer eingestellt hat. Während dieser Zeit sistirte der Tuberkelprozess in den Lungen, und während

dieser Zeit boten sich durch mehrere Tage die Zeichen starker Spinalreizung ohne Hirnsymptome der Beobachtung dar, welche abwechselnd die verschiedenen, immer aber grösseren Parthien des Rückenmarkes betrafen, und dann nach kurz dauernder Trägheit der Muskelbewegung ganz verschwanden. Bald darauf kam es zur Ausbildung von Pericarditis; ein paar Wochen später neue Nachschübe in die Lungen, anhaltende Hirnreizsymptome mit darauf gefolgtem Sopor und vollständiger Paralyse willkührlicher Muskel. Bald endlich der Tod. —

In der Leiche fand sich acute Miliar-Tuberculose an der Basis des Schädels, geringer Serum-Erguss in die Hirnventrikel; das Herz mit dem Herzbeutel durch eine Lage festen in der Organisation begriffenen Exsudats (ohne Spur von Tuberkel) fest zusammengehalten (in die Zeit der Pericarditis fielen die Anfälle der Spinal-Irritation), in den Lungen Tuberculose in verschiedenen Stufen der Metamorphose und vom verschiedenen Datum. Im Rückenmarke und seinen Hüllen nichts Abnormes.

Der zweite offenbar wichtigste Fall betraf einen jungen ungarischen Soldaten, welcher bis dahin gesund am 2. April vorigen Jahres von Epilepsie ähnlichen Anfällen befallen wurde. Dieselben kamen Anfangs täglich und streng typisch; später alle 2 — 3 Tage und blieben trotz antiphlogistischer und der Behandlung mit Chinin nicht aus. Am 25. April kam der Patient auf meine Klinik und bot das schönste Bild von ausgebreiteter Spinal-Irritation mit mässigem Fieber und mangelnder Hirnhyperämie dar. Das weitere Verhalten der Symptome und der jeweiligen Paroxysmen war so, wie ich es oben angegeben habe; nach einiger Zeit waren nach den convulsivischen Anfällen Lähmungen (unvollständige) geblieben, die wohl einige Tage anhielten, aber nach neuen Anfällen von Convulsionen und Contracturen wieder schwanden und durch andere Lähmungen ersetzt wurden. Am hervorragendsten waren Lähmungen der Extremitäten, abwechselnd bald als Para- bald als Hemiplegie sich darstellend und die länger dauernden Contracturen des Nackens und des Stammes. Paralyse der Blase und des Mastdarmes fehlte nicht ganz, war aber sehr wechselnd und im Ganzen untergeordnet. Weder locale Antiphlogose, noch Chinin, noch Hautreize, noch Nervina, Chloroform etc. leisteten irgend etwas. Eine intercurrirende Pneumonie, die allmälig über eine grosse Parthie der Lungen wegschritt, brachte weder in ihrem Steigen noch während der Lösung einen gänzlichen Stillstand der periodischen Nervenanfälle zu Stande, und es ergab sich die nicht

unbedeutende Veränderung, dass die convulsivischen Anfälle seltener waren und die Lähmungssymptome überwiegend blieben. Gleich vom Anfang schwanden die Kräfte des Kranken schnell, er magerte rasch ab, und es ergab sich auch keine Besserung der Vegetation, wenn gleich dem Kranken in den zeitweisen scheinbaren Nachlässen der Krankheit die von ihm geforderte nahrhaftere Kost nicht versagt wurde. Der Harn dieses Kranken wurde häufig untersucht in verschiedenen Abschnitten der Krankheit; derselbe war gleich am Anfange durch sein geringes spezifisches Gewicht, durch den Mangel an Salzen und Farbstoffen (mit Ausnahme des Uroxanthins, welches anfangs in normaler Menge vorhanden war) ausgezeichnet, und blieb im Allgemeinen so bis an's Ende, nur dass zeitweise die Alcali-Phosphate und das Uroxanthim vermehrt waren. Geringe Mengen Eiweiss waren immer vorhanden. Mitte Juni, wo die Anfälle von Convulsionen seltener, die Lähmungen der Gliedmassen auch viel gebessert schienen, überkam den Kranken ohne Veranlassung eine Entzündung beider Ohrspeicheldrüsen und der Zunge (mit rascher Eiterbildung), hierauf Pyämie und rascher Tod.

In der Leiche fanden sich Eiterinfiltrationen in dem die Parotiden umgebenden Zellgewebe, so auch um die Zunge; verstopfende Coagula und Eiter in der Vena jugularis externa. Eiterabscesse in den Lungen.

Im Gehirne und Rückenmarke nichts Abnormes.

Ich halte meiner Seits an der Existenz der Spinal-Irritation fest; sie ist theils ein selbstständiger, uns weiter nicht bekannter Prozess, und dürfte als solcher nur äusserst selten vorkommen; theils kommt dieselbe im Verlaufe anderer chronischer und acuter Zustände vor, und auch hier ist uns ihr näheres Verhältniss nicht bekannt.

Von einem bestimmten Verlaufe kann hier nicht die Rede sein, ebenso wird ihr Grad und ihre Dauer sehr mannigfach sein können.

Leichtere Grade dürften nie gefährlich werden, und auch auf die sonst bestehenden Leiden keinen weiteren Einfluss ausüben, als dass sie das Qualvolle des jeweiligen Zustandes erhöhen.

Die Diagnose, wie wohl den angegebenen Symptomen nach scheinbar nicht schwierig, wird wohl in allen hartnäckigeren, hochgradigen Fällen aus der Ursache nicht leicht möglich sein, weil chronisch zu Stande kommende Aftergebilde in den Nerven-Centris auch so verlaufen können, und die Gegenwart derselben während des Lebens noch viel seltener in Abrede gestellt, als mit mehr weniger Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann.

Was die Therapie anbelangt, so werden leichtere Fälle oft gar kein besonderes Eingreifen nothwendig machen, in anderen wird man mit mässiger localer Antiphlogose, Hautreizen, Waschungen und Begiessungen des Rückgrates, oder bei nervösen, erethischen Individuen mit den gewöhnlichen Nervinis und Sopientibus das Auslangen finden.

Auch bei hochgradigeren Formen ist die Therapie eine rein symptomatische, den verschiedenen Verhältnissen angepasste.

Den Vorzug vor Allen verdienen bei erhöhter Reizbarkeit des Rückenmarkes kalte Begiessungen des Rückgrates, Hautreize (Senfteige, Vesicanzen etc. in die Nähe oder auf die Haut des Wirbelkanals gesetzt); Chinin (bei typischen Auftreten der Anfälle) und die Anwendung des Chloroforms.

Bei längerer Dauer und scheinbar überwiegenden Lähmungssymptomen kann Strychnin, Electricität etc. versucht werden; wie sich aber nicht der gehörige Reizvertrag vorfindet und die Anfälle von Schmerz und Convulsionen wieder häufiger kommen, ist von diesen und allen anderen Reizmitteln abzustehen.

Neuralgien einzelner Brachial- Intercostal-, oder Lendennerven kommen auch vor; doch sind sie sehr selten und nie selbstständig.

Die Schmerzen verfolgen den Verlauf des betreffenden Nerven und machen sehr auffallende Intermissionen.

Durch diese Beschaffenheit des Schmerzes und den Mangel objectiver Symptome (der Entzündung etc.) wird ihre Diagnose begründet.

Sie begleiten die verschiedenen Formen von Herpes (wesswegen dieser auch als Neuralgie aufgefasst wird) bleiben auch häufig nach der herpetischen Eruption zurück; sie können durch Neurome, durch anders entstehenden äusseren Druck, durch Stoss etc. erzeugt werden.

Sie finden sich mit oder nach anderen Affectionen bei an Rheumatismus und Gicht Leidenden etc.

Am häufigsten sind diese peripherischen Schmerzen von Krankheiten des Gehirns, Rückenmarks, des Herzens, dem Krebsleiden der Drüsen etc. abhängig.

Aus dem Angeführten ergibt sich ihre Bedeutung.

Die Therapie derselben besteht in den meisten Fällen in der Darreichung von Narcotica, der äusseren Anwendung von Wärme, Hautreizen etc.

V. Neuralgie der Femoral-Nerven und ihrer Zweige, Ischialgia, Jschias, Malum ischiadicum, Hüftweh.

Mit dem Namen Ischias, Hüftweh, wurden die verschiedensten Zustände der Gebilde des Hüftgelenkes und der Theile um dasselbe bezeichnet.

Derzeit beschränkt man sich darauf, mit diesen Namen ein nervöses oder auch entzündliches Leiden der Nerven der unteren Extremität zu bezeichnen; und weil sich gewöhnlich an den am Schenkel verlaufenden Aesten das Leiden ausspricht, ist der generische Name Femoral-Neuralgie der bezeichnendste.

Folgt der Schmerz dem Verlaufe des Ischiadicus und seinen Aesten (peronaeus, tibialis, Schenkelhautäste), so nennt man diese Form die Ischias postica, Ischialgia postica, Neuralgia ischiadica; folgt der Schmerz dagegen dem Verlaufe des Crural-Nerven, so nennt man sie Ischias, Ischialgia antica, Neuralgia cruralis.

Diese Formen von Neuralgie werden ihres verhältnissmässig zu anderen Neuralgien häufigeren Vorkommens wegen eigens abgehandelt, und es können ihre Beschreibungen als Typus für die anderen Neuralgien dienen.

Im Verlaufe der hier betheiligten Nerven, insbesondere des Ischiadicus ist es auch, wo manchmal durch längere Zeit die Zeichen der Entzündung oder Hyperämie streng an den Verlauf des Nerven gebunden vorkommen (Neuritis ischiadica). Diese Formen sind der Typus für allenfalls sonst mögliche Neuritis.

Aetiologie.

Es wurden für die Femoral-Neuralgie und Neuritis, wie für alle Neurosen alle nur möglichen Ursachen angegeben, als: Krankheiten des Rückenmarks, der Wirbelbeine, der Beckenknochen, Geschwülste der Weichtheile in- und ausserhalb des Beckens, Druck und Quetschung der Nerven durch den schwangeren Uterus oder im Geburtsakte etc. etc.

Ferner Dyscrasien, unterdrückte Blutungen, äussere Gewaltthätigkeiten, Verkühlungen, Intermittens etc. etc.

Es ist nicht zu zweifeln, dass bei Krankheiten der Centra Schmerzen im Verlauf der unteren Extremitäten vorkommen, und dass die in Rede stehenden Nerven durch Druck im Becken etc. gereizt, gedrückt werden und in ihren Ausstrahlungen Schmerzen entstehen können. Doch entsteht bei der ersten Abtheilung dieser Ursachen nicht diese Form von Neuralgie, wie wir sie mit dem Namen Ischias bezeichnen, sondern es sind sehr wandelbare, unbestimmte auf beide Extremitäten etc. verbreitete Schmerzen, es folgen Lähmungen etc., wie diess schon zur Genüge auseinandergesetzt wurde.

Bei Druck im Becken (Geschwülsten, Carcinomen etc.) oder ausserhalb desselben wird bei dem jetzigen Standpunkte der Diagnose

die genauere Bezeichnung des Leidens keine grossen Schwierigkeiten finden.

Die Fälle, dass eine schwere Geburt eine deutliche Form des ischiadischen Leidens erzeugt, gehören zu den grössten Seltenheiten.

Was die gewöhnliche Genese der im obigen Sinne beschränkt genommenen Neuralgie der Schenkelnerven, die im Ganzen ein seltenes Vorkommen beobachtet, anbelangt, so kommt sie seltener in den Blüthejahren des Lebens, häufiger in späterer Zeit vor; auch ist sie in der Involutionszeit immer hartnäckiger.

Das männliche Geschlecht disponirt mehr hiezu als das weibliche.

Die gewöhnlichen Ursachen sind: Verkühlungen, vorzüglich bei Leuten, die schon an mannigfachen rheumatischen Affectionen gelitten haben und Gichtprozess; — sehr selten erzeugen traumatische Einwirkungen Ischias.

Ischias ist immer einseitig; Schmerzen auf beiden Seiten lassen einen anderen Prozess (oder wie man sagt eine andere Ursache) voraussetzen.

Kankheitsbild, Verlauf, Dauer.

Der Prozess kann sich langsamer ausbilden und sehr chronisch verlaufen, diess vorzüglich bei allen an chronischen Gichtprozess Leidenden, oder er tritt mit einmal rasch auf; diess ist der Fall nach directen Verkühlungen bei jüngeren Leuten oder bei heftigen Anfällen von Gicht (vide Gicht) in noch jüngeren Individuen, bleibt einige Zeit in dieser Heftigkeit (Neuritis ischiadica) stehen, kann hierauf verschwinden und für immer wegbleiben, oder was häufiger der Fall ist, gleich oder nach einem zweiten wiederholten Anfalle in den chronischen Verlauf übergehen.

Im ersten Falle, beim chronischen Zustandekommen treten im Verlaufe genannter Nerven (vorzüglich des Stammes des Ischiadicus oder in dessen Hautästen) periodische Schmerzen (des Abends oder des Nachts) ein, welche sich nach dem Verlaufe der Nerven streifenweise hinauf gegen das Kreuzbein oder hinab längs des Schenkels gegen das Knie verbreiten, von sehr verschiedener Qualität und Anfangs geringgradig sind.

Die Anfälle folgen sich in längeren, später in kürzeren Pausen, werden oft durch directe Veranlassungen, oft nicht durch solche erzeugt (wie diess bei der Gicht genauer auseinandergesetzt wurde), alterniren mit anderen Affectionen z. B. der Gelenke, oder bleiben für den weiteren Verlauf selbstständiger und in diesem Falle um so mehr hartnäckig.

Leichtere Anfälle werden oft gar nicht beachtet, etwas stärkere stören die nächtliche Ruhe, lassen aber in den Zwischenzeiten weder subjectiv, noch objectiv wahrnehmbare Veränderungen zurück.

Während der stärkeren (somit meistens schon späteren) Schmerzanfälle verträgt der Kranke keinen Druck auf den Nerven (doch sind nicht alle Stellen und nicht alle gleich schmerzhaft), hält das Glied in verschiedener Lage, meist wird selbe immer gewechselt, oft zittern die Muskel, der freie Gebrauch des Gliedes ist dabei nicht gestattet, nicht selten fieberhafte Aufregung.

Diese Schmerzanfälle dauern jetzt auch längere Zeit, binden den Kranken tage- und wochenlang an das Bett; lassen auch in den Zwischenzeiten Empfindlichkeit gegen Druck, eine solche Schwäche des Gliedes, dass es zu fortgesetzten Anstrengungen untauglich ist, und vor Allem eine solche Geneigtheit zu neuen Anfällen zurück, dass diese bei jeder Verkühlung, jedem Diätfehler, endlich jedem Witterungswechsel eintreten. Diese Schmerzen werden habituell und begleiten manchen Gichtkranken durch sein ganzes weitere Leben.

Bildet sich hingegen der Prozess rasch mit einem Male aus, wie diess bei sonst gesunden oder gichtkranken jüngeren Leuten geschehen kann, so gestaltet sich das Ganze als fieberhafte rheumatische Affection, localisirt auf die Nervenscheiden des Ischiadicus, femoralis etc.

Fieber mit starken Abend-Exacerbationen, saure Schweisse, saurer Harn (wenig, von dunkler Farbe, reich an Salzen und Farbstoffen, viel Uroerythrin) nebstbei heftige Schmerzen im Verlaufe der genannten Nerven, die Schmerzen sind stechend, reissend, bohrend, durchschiessend, bald an dieser, bald an jener Stelle stärker, sie machen starke Exacerbationen des Abends, lassen am Morgen nach. Während der Exacerbation ist der Kranke sehr unruhig, wirft sich herum, wechselt die Lage des kranken Gliedes, die Muskel zucken, die Schmerzen gewinnen eine grössere Ausbreitung etc. etc.

In diesen Fällen erzeugt der Druck auf die Nerven ausgeübt constant eine Steigerung der Schmerzen (vorzüglich zwischen Trochanter und Sitzbein, öfter aber auf grösseren Strecken dem Verlauf der Nerven folgend); die nächste Umgebung fühlt sich heisser an, turgescirt. —

Dieses sind die eigentlichen Typen für Neuritis.

In der Remission ist die passive Bewegung des Gliedes gestattet, meistens auch die active nach keiner Richtung hin besonders gehindert.

Die Dauer solcher acut auftretender Neuritis ist verschieden, im günstigsten Falle ist mit 8—14 Tagen Fieber und Local-Affection unter den gewöhnlichen Krisen (Schweiss und Harn) gewichen, und Patient für immer davon befreit.

In anderen (und diess sind die häufigeren) Fällen dauert es mehrere Wochen, auch Monate, bis alle Schmerzhaftigkeit des Nerven verschwunden ist; diess der chronische Verlauf des rheumatischen Ischias, und kommt es über Kurz oder Lang wieder zu neuen Ausbrüchen; und gestaltet sich der ganze weitere Verlauf des Leidens so, wie es schon oben angedeutet wurde, so ist diess eine chronische Gicht, deren erster Anfall ein heftiger war.

Acut zu Stande kommender Gichtanfall oder acuter Rheumatismus dieser Nerven ist von stärkeren Anfällen chronischer Gicht nicht zu sondern; die Diagnose des Leidens Bezugs seiner Natur, ob gichtisch, ob rheumatisch, ergibt sich entweder schon aus dem früheren oder erst aus dem späteren, oft jahrelang unterbrochenen, oft durch Jahre hindurch mit längeren oder kürzeren Pausen fortgesetzten Verlaufe.

Bei langer Dauer des Leidens wird, wie schon gesagt, die Function des betreffenden Gliedes derart beeinträchtiget, dass es zu anhaltenden Verrichtungen nicht geeignet ist; der Gang ist gehindert, aber der Muskeltonus geht nicht verloren, Lähmungen der Extremität folgen nicht, ebenso kommt es nicht zu secundären Luxationen oder zu Anchylosen des Gliedes.

Aehnlichkeit. Die angeführte Verlaufsweise, das Ausbleiben der Lähmungen des Gliedes, der Lähmungen der Blase und des Mastdarmes, die fehlende Luxation oder Anchylose beim chronischen Verlaufe sichert die Diagnose vor chronischen Leiden des Wirbelkanals und der Gelenke.

Der acute Gelenk-Rheumatismus befällt mehrere Gelenke gleichzeitig oder abwechselnd eines nach dem anderen, und die Bewegung des befallenen Gliedes ist gar nicht gestattet.

Bei Psoitis liegt der Kranke mit angezogenem Schenkel und gebogenem Knie, das Strecken ist activ und passiv (wegen der grossen Schmerzen) nicht möglich. Der Schmerz folgt nicht dem Laufe der Nerven, sondern wird durch Druck in der Lendengegend gesteigert; später Eiterung etc. etc.

Ob ein acuter Anfall von Ischias der Gicht oder dem Rheumatismus angehöre, muss, wie schon gesagt, der frühere oder der weitere Verlauf darthun.

Die Prognose ist auch beim acut rheumatischen Auftreten nicht die günstigste, weil dieses Leiden auch hier gerne chronisch verläuft und sich in die Monate hinauszieht. Grössere Empfindlichkeit gegen Witterungseinflüsse bleibt auch dann noch gerne wie bei allen Rheumatismen.

Bei Gichtanfällen unter der Form des Ischias ist die Prognose immer schlecht, denn diese Form gehört zu den hartnäckigsten; am besten noch, wenn der Gichtkranke jung, der erste Anfall nicht hochgradig ist und hierauf die Lebensweise geändert wird (vide Gicht).

Therapie.

Bei acut rheumatischen Leiden ist im Anfange locale Antiphlogose, Schröpfköpfe (und meist wiederholte), längere Zeit feuchte oder trockene Wärme, die grösste Schonung des Gliedes vor Bewegung und des Körpers vor Verkühlung nothwendig.

Innerlich gibt man kleine Gaben Tartarus emeticus, Jodkali mit Morphium (grössere Gaben bei höheren Graden) leichte Abführmittel etc.

Im Verlaufe werden Mercurialsalben mit Opium, Jodkali, später flüchtige Einreibungen, Schwefelbäder, Electricität, Vesicanzen und zwar nach Umständen bald eines, bald successive mehrere der Genannten mit Erfolg angewendet.

Das Wichtigste ist, dass solche Kranke nicht früher aus der Behandlung gelassen werden, bis nicht alle Zeichen der Hyperämie etc. geschwunden sind; hierauf soll der Körper gegen weitere Verkühlungen theils durch geeignetes Regime, theils durch kalte Waschungen, Bäder, etc. geschützt werden.

Ein acuter Gichtanfall wird auf ähnliche Weise behandelt; was hierauf und im Verlaufe der chronisch gichtischen Ischialgie zu thun ist, fällt mit dem zusammen, was wir im ersten Bande über Gicht im Allgemeinen gesagt haben.

Hautreize und Croton-Oel in Einreibung, Vesicanzen in Eiterung gehalten, Moxen wurden viel von älteren Aerzten gebraucht.

Opium und Veratrinsalbe soll die Schmerzen am besten lindern.

Dem innerlichen Gebrauche des Oleum terebinthinae, so wie den Einreibungen desselben wird das Wort geredet, und in neuerer Zeit die Anwendung des Glüheisens auf die Ohrmuschel gelobt.

Ein altes Volksmittel ist es, bei starken Nervenschmerzen des Schenkels an der Fusssohle durch den Saft von Euphorbium etc. Reiz und Secretion zu erzeugen.

VI. Starrkrampf, Tetanus.

Ist ein tonischer Krampf der willkührlichen Muskel, welcherr mehrere Gruppen derselben gleichzeitig, manchmal rasch nacheinander alle befällt, und wobei das Bewusstsein und die Empfindlichkeit der Theile fortbesteht, wesswegen in den befallenen Theilen die starke Contraction als ein Zusammenschnüren, manchmal als heftiger Schmerz empfunden wird.

Er kommt anfallsweise, die Anfälle sind von verschiedener Dauer und einander nicht gleich, weil nicht immer dieselben Muskel und in derselben Ordnung befallen werden.

Er fängt gewöhnlich als massecatorischer Gesichtskrampf (Trismus) an, und setzt sich von hier über die Muskel des Nackens, des Schlundes, des Rumpfes und der Extremitäten fort.

Die befallenen Muskel fühlen sich hart, bretthart an. In den Zwischenzeiten relaxiren die Muskel nicht vollständig.

Das Wesen dieses Leidens wird sehr verschiedenartig aufgefasst; es gibt kein bestimmtes Kranksein des Gehirns oder des Rückenmarks etc., an welches sein Bestehen geknüpft werden könnte, wie diess die so häufigen negativen Sectionsbefunde bei an Tetanus traumaticus Verstorbenen beweisen.

Bei Neugebornen, wo dieser Prozess ebenfalls häufig beobachtet wird, sind die Sections-Ergebnisse in allen Fällen so variabel, dass auch sie nicht den geringsten Schluss auf den Sitz und das Wesen des Leidens gestatten.

Wir müssen dem zu Folge auf die anatomischen Verhältnisse des Tetanus, so gut, wie auf die der meisten Neurosen noch ganz verzichten.

Krankheitsbild.

Im tetanischen Anfalle wird der Kopf gewaltsam nach rückwärts gezogen, in das Kissen eingegraben und bleibt unbeweglich. Die Augen sind starr, die Lider offen oder geschlossen, die Pupille gewöhnlich verengt; die Gesichtszüge auf mannigfache Art verzogen, doch in dieser Stellung verharrend; der Unterkiefer steht unbeweglich fest, die beiden Zahnreihen werden fest aneinander gedrückt; Sprechen, Schlingen, Kauen ist unmöglich; der Kehlkopf steigt in die Höhe; der Brustkorb und die eingezogenen Bauchmuskel sind starr; die Respiration ist mühsam; der Rumpf ist unbeweglich und entweder gerade gestreckt, oder nach rückwärts oder nach der Seite

oder nach vorne gezogen (daher Orthotonus, Opisthotonus, Pleurothotonus, Emprosthotonus), die oberen und unteren Extremitäten entweder gestreckt oder einzelne Glieder mässig gebeugt und starr; die Finger ausgespreizt oder eingeschlagen. Die Glieder sind meist kühl und blass, die Ausleerungen angehalten; Puls- und Herzthätigkeit manchmal verstärkt, manchmal sehr schwach.

Solche Anfälle kommen plötzlich, oder nach vorausgehenden verschiedenen Zeichen, dauern einige Minuten bis zu $\frac{1}{2}$—1 Stunde. Folgen sich rasch oder in längeren Pausen. Zwischendurch sieht man Successionen der Glieder, des Stammes erfolgen etc.

Der Grad der Contraction kann bis zur Zerreissung einzelner Muskelfasern steigen.

Die einzelnen Anfälle können durch die geringsten Veranlassungen: Sprech- und Schlingversuche, Druck oder Zerrung an den halbsteifen Gliedern, Berührung der Wunde (bei traumaticus), Erschütterung des Bettes, des Fussbodens, durch stärkeres Geräusch etc. hervorgerufen werden.

In den Zwischenzeiten schweres Dahinliegen des Kranken mit Bewusstsein und dem Gefühle grosser Erschöpfung oder soporöser Zustand, gewöhnlich durch schmerzhafte theilweise Contractionen unterbrochen.

Nach einer unbestimmten Zahl von Anfällen folgt Zunahme des Sopors oder sehr erschwertes röchelndes Athmen; zwischendurch gewaltsame Streckungen der Glieder, des Rumpfes etc. bis an das, dann schon gewiss tödtliche Ende.

Wie bereits gesagt, ist nicht jeder Anfall so vollständig; die Zahl der Anfälle sehr verschieden; der Zustand in den Zwischenräumen nicht derselbe; es hängt diess zum Theil von den nebenhergehenden Prozessen und der Individualität des Kranken ab.

a) Die reinste Form des Tetanus ist in unserem Klima, bei Erwachsenen die des Wundstarrkrampfes und bei Kindern des in den ersten Lebenstagen vorkommenden Tetanus, auch Trismus neonatorum genannt.

Der erste befällt Verwundete ohne Rücksicht ihrer Constitution, beobachtet in seinem Erscheinen nebst unbestimmten Vorzeichen die oben angegebene Form, ist bei so raschen Verlauf in den meisten Fällen (binnen einigen Tagen) lethal.

Der Trismus neonatorum befällt sonst gesunde Kinder vorzugsweise, verläuft ebenfalls acut und meist mit tödtlichem Ausgange.

Die genauere Besprechung dieser Formen gehört nicht hieher,

und es soll nur noch gesagt sein, dass bei Behandlung derselben die sogenannte arzeneiliche Therapie trotz der vielen Versuche wenig, und am wenigsten irgendwie sichere Resultate aufzuweisen habe.

Bei Verwundeten besteht die Hauptaufgabe in der Verhüthung des Tetanus durch entsprechende Behandlung der Wunde (vide chirurgische Werke).

Gegen den bereits ausgesprochenen Tetanus wurden nebst verschiedenen localen Eingriffen (bei traumatischen) versucht und werden noch in Anwendung gebracht: Antiphlogose (in verschiedenen Graden), Calomel bis zur Salivation gegeben; Narcotica: Opium, Tabak (in Klystieren), Blausäure; ferner kohlensaures Eisen, Brechweinstein, Arsenik, Moschus, Schwefeläther, Electricität etc. etc.

Bei Trismus neonatorum schlägt Bednař zur Mässigung des Tetanus die Kälte vor; Rindsblasen mit Eis gefüllt auf die Wirbelsäule gelegt und Sorge getragen, dass das Eis häufig erneuert werde. Stellt sich hierauf Depression der Hautthätigkeit ein, so muss für einige Zeit ausgesetzt werden. Oder häufige und kräftige kalte Douchen auf den Rücken mit der Vorsicht, dass die Kinder hierauf tüchtig gerieben und in warme Tücher gewickelt werden, damit sich die Wärme wieder schnell entwickeln könne.

b) Verläuft Tetanus abwechselnd oder überwiegend mit Convulsionen, Delirien, Sopor etc. etc. bei verschiedenen Hirn- und Rückenmarkskrankheiten; bei Typhus (im Stadio der Schwäche), bei Hysterie etc.

Hier hat er die Bedeutung der übrigen Symptome, bald die der Hyperämie, der Erschöpfung, der Anämie etc., und es muss das ursprüngliche Leiden den sonstigen Anzeigen entsprechend behandelt werden.

Im Verlaufe des Typhus und der Hysterie leisteten mir gegen die Anfälle tetanischer Krämpfe, welche hier selten so allgemein sind, die Einwickelungen in nasse Tücher sehr gute Dienste.

c) Entsteht Tetanus bei Vergiftung durch Strychnin, Nux vomica, Brucin u. dgl.; hier gehen electrische Schläge, convulsivische Bewegungen voraus; dann wechseln tetanische Erscheinungen mit ihnen ab — in den Zwischenzeiten lähmungsartige Zustände. Bewusstsein und Sinne bleiben auch frei.

Daher in der arzeneilichen Darreichung dieser Stoffe bei dem Eintritte der Zuckungen mit dem Mittel ausgesetzt werden muss.

Grössere Mengen sucht man mit Sulfas Zinci aus dem Magen zu entfernen.

Antidota sind: gerbsäurehältige Stoffe.

Gegen die tetanischen Zufälle wurden kalte Begiessungen, Opium, Morphium, auch Chloroform-Inhalationen mit gutem Erfolge gebraucht.

d) Tetanus rheumaticus (in den Tropenländern häufiger), soll nach plötzlicher Erkältung oder lang einwirkender Kälte des feuchten Bodens zu Stande kommen, bei Individuen, welche die kalten Nächte des Hochsommers auf feuchten Boden zubringen z. B. Schnitter, lagernde Soldaten etc.

Es entsteht diese Art des Tetanus nach vorausgehendem Gefühle des Ameisenkriechens längs des Rückgrates und in den Kinnladen, worauf bald Kinnbackenkrampf folgt.

Zuweilen gehen wandernde rheumatische Schmerzen voraus, ebenso begleiten ihn saure Schweisse und ein Harn mit viel freier Säure etc.

Die Temperatur der Haut ist höher, der Prozess verläuft langsamer, mit deutlichen Exacerbationen und geht manchmal in Meningitis spinalis über.

Sonst sind die Symptome dieselben wie bei anderen Tetanus; seine Gefährlichkeit eben auch so gross (Canstatt).

Behandlung.

Chloroform-Inhalationen, locale Antiphlogose (Schröpfköpfe längs der Wirbelsäule), Einschlagen in nasskalte Tücher und sofortige Einwickelung in Kotzen dürfte beim plötzlichen Auftreten das Entsprechendste sein.

Im weiteren Verlaufe nach Umständen wiederholte Schröpfköpfe, Mercurialsalbe; innerlich Jodkali mit Morphium, Tartarus emeticus etc.

Eine tonisch-krampfhafte Contraction kann auch bei Erwachsenen die Hals- oder Nackenmuskel allein betreffen, und plötzlich durch Verkühlung zu Stande kommen. Rheumatismus paralyticus colli, nuchae, Obstipitas capitis acuta etc. etc.

In diesem Falle ist der Kopf gewaltsam nach der betreffenden Seite gezogen, und kann aus derselben nicht gebracht werden; der Kranke hat in den betroffenen Muskeln grosse Schmerzen und befindet sich in einer sehr quälvollen Lage; weil jeder Versuch der Bewegung die Schmerzen noch steigert.

Chloroform als Einathmung und ein Vesicans ad nucham leistete mir in einem solchen Falle schnelle und genügende Dienste. Auch Begiessungen, feuchtwarme Tücher, Frottirungen und innerlich die bekannten Diaphoretica müssten versucht werden.

VII. Chorea, Choreische Krämpfe.

Choreische Krämpfe sind hüpfende, schnellende Bewegungen einzelner oder mehrerer Muskelgruppen des cerebro-spinalen Systems, wodurch zwar combinirte, aber dem Einflusse des Willens nicht coordinirte Bewegungen ausgeführt werden; im Gegentheile erfolgen sie um so stärker und um so mehr gegen den Willen des Kranken, je mehr dieser seine Bewegungen zu bemeistern sucht. — Im Schlafe schweigen diese Bewegungen gänzlich.

Die Grade sind sehr verschieden, und es geht einer in den anderen über ohne stätiger Reihenfolge. Man unterscheidet partielle und allgemeine Chorea, leichte Grade nennt man auch Muskelunruhe, Jactatio oder den kleinen Veitstanz; höhere werden gewöhnlich Chorea Sancti Viti, der grosse Veitstanz genannt.

Die Krankheit fängt gewöhnlich mit geringeren Graden an, kann auf dieser Stufe stehen bleiben, oder sie schreitet dann rasch vorwärts.

Die Muskel des Gesichtes, des Halses und der Gliedmassen sind gewöhnlich die zuerst befallenen.

Ohne dass es vom Kranken weiter bemerkt wird, bleiben die genannten Muskel nicht lange in Ruhe: zeitweises Rollen der Bulbi, wiederholtes Oeffnen des Mundes, zwecklose Kaubewegungen werden ausgeführt; die Augenlider werden rasch nacheinander einigemal geschlossen und mit Verzerrungen des Mundes abgewechselt; der Kopf wendet sich schnell nach der einen oder anderen Seite. Die Arme werden zeitweise wie mit einem Stosse vor- oder rückwärts geschoben, vom Körper entfernt, in die Höhe geschnellt; längeres Sitzen oder Stehen ist nicht möglich, ohne dass nicht die Beine oder das eine derselben vom Boden gehoben, ein- oder auswärts gerollt, in die Höhe geschnellt würde etc. etc.

Werden die Krämpfe allgemein, so betreffen sie auch die Muskel des Stammes und es findet dasselbe Schnellen und Werfen in den Bewegungen Statt, wie an den Gliedern; in diesem Grade sind auch die willkührlichen Bewegungen dem Willen des Kranken ganz entzogen, d. h. er führt immer andere Bewegungen oder auf andere Art dieselben aus, als es in seinen Intentionen gelegen ist.

In diesem Grade kann er nicht sprechen, entweder macht er, wenn er sprechen will, mit der Zunge Schluckversuche oder Verzerrungen des Gesichtes, oder bringt nebstbei unarticulirte Töne oder abgebrochene oder Sinnstörende Worte heraus etc.

Will er mit der Hand einen Gegenstand fassen, so dauert es lang, bis er den betreffenden Arm zur Bewegung bringt, bewegt mittlerweilen häufig den Kopf nach allen Richtungen, schnellt den Fuss in die Höhe etc.; der endlich in Bewegung gesetzte Arm vollführt ganz andere Actionen, wird geworfen, an den Stamm angezogen, greift ganz nach anderen Gegenständen, lässt sie fallen u. s. f.

Dasselbe Manöver, dieselbe Unsicherheit beim Gehen; er bringt den Fuss oder beide Füsse nicht auf den Boden, statt zu stehen oder zu gehen schnellt er den Oberleib oder schlägt die Beine untereinander, dreht sich etc.; ist bei allen diesen Versuchen der Gefahr grosser Beschädigungen ausgesetzt.

Von Schreiben und anderen combinirten Bewegungen ist gar keine Rede.

Aber auch in der Ruhe, die sich der Kranke geben will, erfolgen diese hüpfenden schnellenden Bewegungen der verschiedensten Muskelgruppen, daher auch im Bette ein ewiges Schnellen und Herumwerfen der Glieder, des Kopfes, des Stammes, Verzerrungen der Gesichtsmuskel etc.

Je mehr der Kranke dieses Spiel bändigen, die Bewegungen seinem Willen subordiniren will, desto schlechter; je mehr die Umgebung durch Zureden oder Leiten derselben Hülfe schaffen will, desto schlechter; am schlimmsten, wenn der Kranke dadurch in gereizte Stimmung versetzt, sich ärgert, oder dieser Aerger durch Lachen der Umgebung oder Vorwürfe u. dgl. herbeigeführt wird.

Im Schlafe schweigen diese Bewegungen vollständig.

Sie sind manchmal sehr anhaltend, wo dann auch im Bette und bei aller äusserer Ruhe die Bewegungen, das Herauswerfen etc. fortdauern (acute Form, besonders bei Kindern); oder was häufiger der Fall, sie kommen in ganz unbestimmten Anfällen; bei höheren Graden werden auch hier die Anfälle am meisten durch versuchte willkührliche Bewegungen hervorgerufen und durch ungeschicktes Benehmen der Umgebung am meisten gesteigert (chronische Form.)

Die chronischen Krämpfe befallen vorzugsweise eine Seite des Körpers mehr als die andere.

Die Muskel der Respiration, des Herzens, des Darmes nehmen keinen Antheil.

Die Empfindung der betroffenen Theile bleibt normal.

Bei langer Dauer oder den subacuten Formen stellen sich nach den Anfällen lähmungsartige Zufälle der willkührlichen Muskel ein.

Schnelle Abmagerung des Körpers und rasche Anämie wird in

allen mehr acuten Formen und um so sicherer zu beobachten sein, je jünger das befallene Individuum ist.

Als einzelne Formen des grossen Veitstanzes kommen in Paroxysmen (diess häufiger), oder mehr anhaltend grössere combinirte Bewegungen ohne Willenseinfluss des Kranken zu Stande, wo während des Anfalles das Bewusstsein nicht frei bleibt oder der Kranke in exstatische Verzückung geräth.

Zu solchen Bewegungen gehören: Springen, Tanzen, Laufen (Laufkrampf), Herumdrehen im Kreise (Chorea rotatoria), das fortwährende Bewegen des Kopfes nach vorne (Nickkrampf), manchmal mit gleichzeitigem raschem Vorwärtsneigen des ganzen Körpers derart, dass Stirne und Gesicht auf dem Boden beschädigt werden können (Komplimentirkrampf).

Je mehr der grosse Veitstanz in Paroxysmen sich abgrenzt, desto heftiger und länger fallen die letzteren aus; das Bewusstsein ist hierbei ganz aufgehoben; die Kranken wissen nach dem Anfalle nichts von dem, was sie gethan etc. und es reihen sich diese Formen dem Somnambulismus, der magnetischen Exstase an.

Auch die pandemische Tanzwuth etc. wie sie in früheren Jahrhunderten, besonders im Mittelalter beobachtet und beschrieben wurde; so wie die Tarantel-Krankheit, der Tarantismus (durch den Stich der Tarantel hervorgebracht) werden hieher gerechnet. (Canstatt.)

Das **Wesen** dieser Krankheit ist ebenfalls nicht bekannt, es bestehen hierüber dieselben verschiedenen Hypothesen, wie bei allen Neurosen.

Die Sections-Befunde ergeben eine grosse Verschiedenheit, gehören den Combinationen und Folgezuständen mehr als der Krankheit an. Der eigentliche Grund des Zustandekommens choreischer Krämpfe ist unbekannt.

Aetiologie.

Die häufigeren Formen sind der kleine Veitstanz und partielle choreische Krämpfe. Ersterer gehört dem Kindesalter vorzüglich an. Mädchen sind mehr disponirt als Knaben. Im Alter von 10 — 15 Jahren werden die häufigsten Fälle gesehen.

Die Constitution des Körpers hat keinen besonderen Einfluss auf sein Entstehen.

Im Norden ist die Krankheit häufiger als im Süden.

Bei Erwachsenen sind es chlorotische Mädchen, hysterische Frauen und nervöse aufgeregte Männer, die häufiger und vorzüglich von partieller Chorea erst heimgesucht werden.

Zu den Gelegenheitsursachen rechnet man: Schreck, Furcht, Nachahmung, Onanie und den Eintritt der Pubertät bei Knaben, Verkühlungen etc., im späteren Lebensalter: Störungen der Menstruation, Gemüthsaffecte etc. etc.

Dauer und Ausgänge.

Die Dauer ist bei Kindern gewöhnlich von 6 Wochen bis einigen Monaten.

Sehr acut sich gestaltende Fälle verlaufen manchmal rasch tödtlich oder hören schnell auf. Gereiztheit zu Rezidiven bleibt gewöhnlich oder es folgen dann in Jahren partiell choreische Krämpfe.

Im späteren Alter wird sie leichter habituell.

Bei langer Dauer hat man Lähmungen, Atrophie, Blödsinn, Epilepsie, Hysterie als Folgekrankheiten betrachtet.

Der Tod erfolgt nur durch Complicationen oder den Hinzutritt entzündlicher Affectionen des Gehirns (Romberg).

Nach Bednař machen Exantheme (Masern, Scharlach, Blattern) oft die Chorea verschwinden, was Romberg nicht beobachtet hat.

Complicationen.

Bei Kindern führt Bednař als die häufigste den Rheumatismus und die dadurch bedingte Endocarditis und Anämie an. Nach Romberg sind entzündliche Affectionen sehr selten.

Chorea kommt bei Scrophulösen und schon früher Anämischen auch vor. Bei Erwachsenen sind die Complicationen mannigfach.

Prognose.

Bei den leichteren Formen mit mehr langsamen Verlauf und in der Kindheit nicht ungünstig. Oeftere Recidiven lassen Folgezustände, besonders Blödsinn befürchten.

Höhere Grade, sehr acuter Verlauf oder bereits ausgebildete Nachkrankheiten sind schlimm.

Partielle Chorea wird im verschiedenen Grade von vielen Menschen durch's ganze Leben anstandslos getragen, besonders wenn sie erst später zur Ausbildung gelangte.

Therapie.

Wo den ätiologischen Momenten entgegengewirkt werden kann, muss es geschehen; so müssen Personen aus der Umgebung der Kinder gebracht werden, wo Letztere die Grimassen der Ersteren nachahmen, oder alle Massregeln gegen die Ausübung von Onanie ergriffen werden etc. Nichts darf ferner geduldet werden, was die Anfälle steigern könnte, z. B. Gemüthsaffecte durch Auslachen oder Strenge hervorgebracht etc.

Gegen die drohende Anämie und Abmagerung ist ein entspre chendes Regime und Diät gleich vom Anfang einzuschlagen, frische Luft, vernünftig geleitete Muskelbewegung, gute Kost, Waschen, Baden, Douche mit kaltem Wasser. (Durch das kalte Waschen wird schon günstig auch auf die Reizbarkeit des Nervensystems eingewirkt.)

Von den eigentlichen Mitteln, die in grosser Auswahl versucht und gebraucht wurden, verdienen erwähnt zu werden (und es müssen dieselben im weiteren Verlaufe öfter gewechselt oder mit einander combinirt werden) Flores Zinci (8 — 20 Gran pro die), die herba Chenopodii ambrosioidis (1 — 2 Drachmen in Infuso), die Valeriana (in Infuso oder als Oelzucker), das valeriansaure Zink (2 — 6 Gran); bei hartnäckigen Fällen, wo die Anwendung des kalten Wassers als Begiessung nie zu versäumen ist, nimmt man zum salpetersauren Silber $^1/_{18}$ — $^1/_4$ Gran pro die in steigender Gabe), Arsenik, die Tinctura Fowleri (1 — 3 Tropfen täglich in Verdünnung), zu Electricität seine Zuflucht.

In neuerer Zeit wird den fliegenden Vesicanzen wieder das Wort geredet, besonders bei acuteren Formen.

Eisen mit seinen verschiedenen Präparaten leistet bei Anämischen oder bei späterer Anämie gute Dienste, bei gleichzeitiger Stuhlverstopfung gibt man mit dem Eisen, Rheum oder Aloe.

Chinin ist bei mehr typischen Verlauf zu versuchen, oder be- grosser Muskelschwäche gleichzeitig mit den anderen Mitteln zu geben

Symptomatisch wird man manchmal für Opium, Morphium eine Anzeige finden.

Nach diesen Angaben müssen auch die Anfälle bei Erwachsenen behandelt werden; nebstbei Asa foetida und Castoreum bei Hysterischen etc.

VIII. Der Schreibekrampf, Cheirospasmus scriptorum.

Höhere Grade sprechen sich bei jedem Versuche zu schreiben aus, niedere Grade erst dann, während der damit Behaftete kürzere oder längere Zeit geschrieben hat.

Es stellt sich dann ein Krampf in den Fingern der schreibenden Hand ein, welcher die Fortsetzung des Schreibens unmöglich macht.

Dieser Krampf befällt entweder die Beugemuskel eines oder mehrerer Finger und die Feder wird mit der Spitze nach oben und

unten vom Papier weggeschnellt, und bleibt in die Finger gepresst gehalten: oder es stellt sich der Krampf der Streckmuskel ein, die Finger öffnen sich gewaltsam, und es entfällt ihnen die Feder.

Die Krämpfe sind keineswegs streng auf die die Feder haltenden 3 Finger beschränkt; wie ich es aus eigener Erfahrung kenne.

Das Charakteristische für den Schreibekrampf ist das, dass diese Krämpfe nur beim Schreiben sich einstellen, und dass dieselbe Hand im Momente, wo sie aufhört zu schreiben, zu allen anderen Verrichtungen (von noch so feiner Art) tauglich ist.

Dieser Krampf kömmt fast ausschliesslich nur bei Männern und natürlich nur solchen vor, die viel schreiben.

Da wo er mit anderen choreischen Krämpfen, bei Kindern oder mit Zittern, Muskelschwäche etc. bei Aelteren vorkömmt, spricht er eine andere Ursache, eine andere Verlaufsweise an.

Der reine Schreibekrampf ist manchmal mit Zusammenziehungen des Vorderarmes oder des Oberarmes combinirt, oder es gehen diese schon lange seiner Ausbildung voraus, oder wechseln mit ihm; es versteht sich von selbst, dass hier nur immer vom Eintreten dieser Zufälle beim Schreiben die Rede sein kann.

Seine Verlaufsweise und Dauer ist verschieden. Ist es möglich, dass nach dessen Eintritt der Patient sich längere Zeit des anhaltenden Schreibens enthalten kann, so kommt dann jahrelang keine Spur; ist dass nicht möglich, so wird er leicht habituell.

Anfänglich oder geringere Grade treten nur bei lang fortgesetztem Schreiben ein und um so leichter, je weniger bequem man beim Schreiben sein kann.

Das Wesen ist ganz unbekannt.

Die Prognose bei höheren Graden und schon längerer Dauer darum schlecht, weil der zum Schreiben Bestimmte dadurch um die Fähigkeit des Schreibens kömmt.

Therapie erweist sich fast ohne Unterschied erfolglos. Patient begnügt sich nach vielen erfolglos gemachten Heilversuchen, wenn er das Schreiben nicht aufgeben kann, zur Benützung einer den Muskeln durch Druck mehr Halt gebenden, oder einzelne Finger beim Schreiben entbehrlich machenden mechanischen Vorrichtung.

Stromeyer wandte das Princip der Muskeldurchschneidung auch auf die Kur des Schreibekrampfes an, und in einem Falle rechtfertigte ein glänzender Erfolg die antispasmodische Kraft der Tenotomie. Schon am 14. Tage, nachdem die Sehne des Flexor pollicis longus

subcutan durchschnitten worden war, ging das Klavierspielen und das Schreiben mit der grössten Leichtigkeit von Statten.

Dagegen war bei mehreren Kranken die von Dieffenbach vorge nommene Operation von gar keinem Nutzen (Romberg).

Aehnliche Krampfformen, durch einseitigen Gebrauch einzelner Muskel kommen bei manchen Künstlern und Arbeitern, z. B. Clavierspielern, Zeichnern, Schneidern, Schustern etc. vor. Für sie ist auch der allgemeine Ausdruck Ermüdungs-Krämpfe gebräuchlich.

IX. Paralysis agitans, tremula, Schüttellähmung, Zitterlähmung (Zittern, Tremores).

Fortwährendes Zittern einzelner dem Willen des Kranken nicht gehorchender Theile, welche theilweise oder ganz ihre Function dabei einbüssen und in welchen unter dem Willenseinflusse des Kranken statt zweckmässiger Bewegung choreaähnliche Zuckungen (hinc agitans) stattfinden können.

Der Kopf oder die Arme und Hände werden zuerst befallen, später folgen die Muskel des Rumpfes und der Beine nach. Die Theile verlieren ihre Kraft und werden theilweise oder ganz zu willkührlicher Bewegung unfähig.

Das Zittern ist dabei im verschiedenen Grade vorhanden, oft selbst durch äussere Unterstützung des zitternden Gliedes zu mässigen.

Auch die Muskel der Zunge, die Kaumuskel werden zitternd, daher dann Sprechen und Kauen sehr behindert.

Verminderung der Sensibilität ist nicht zugegen. Störungen der intellectuellen Thätigkeit folgen erst später; so auch die Lähmungen der Schliessmuskel.

Das Wesen dieser Krankheit ist auch nicht genauer bekannt. Sie schliesst sich in ihrer Bedeutung den Lähmungen ohne Zittern an.

Kommt häufiger bei alten Leuten (im geringeren Grade, das Greisenzittern genannt) und solchen, die apoplectische Anfälle erlitten haben, vor. Kommt aber auch in der Jugend vor, ist da häufiger vorübergehend, manchmal bedingt durch transitorische Congestionen etc., oder im Momente der Verlegenheit vorhanden, z. B. Zittern der Zunge, Stottern.

Ich sah einen jungen starken Menschen, dessen Kopf und Hände fast anhaltend in zitternder Bewegung seit einem Jahre sich befanden, und wo sich das Zittern unmittelbar nach überstandenem Typhus eingestellt hat. So oft er verlegen wurde, war das Zittern

noch stärker, und im Allgemeinen zeitweise stärker, zeitweise schwächer.

Höhere Grade des Zitterns bilden sich auch schon in früheren Jahren aus, durch den Missbrauch von Alkohol, Thee, Kaffe, durch Mercur etc. (Tremores potatorum, mercuriales); hier fangen immer die Hände zuerst an, und es kann das Leiden selbst nach langem Bestehen ganz wieder verschwinden. Bei geringeren Graden übt hier der Wille des Kranken oder die Einwirkung eines geistigen Getränkes einigen Einfluss auf das zitternde Glied (es hört für einige Zeit zu zittern auf).

Die Prognose und Therapie richtet sich nach den möglichen Ursachen, der Constitution des Kranken etc., und es wird letztere in den Fällen, wo die Ursache nicht bekannt ist, am Besten eine exspectativ symptomatische und die Anwendung des kalten Wassers als Waschung und Douche allen anderen vorzuziehen sein.

X. Epilepsie, Fallsucht, fallende Sucht, das böse Wetter. Morbus caducus. Morbus sacer.

Man versteht hierunter eine paroxysmenweise verlaufende Krankheit, deren Anfälle in allgemeinen Convulsionen mit darauf folgendem kurzen Sopor bestehen, wobei das Bewusstsein und die Sinnesfunctionen aufgehoben sind.

Mit dem Schwinden des Bewusstseins geht auch die Empfindung verloren, die Reflexthätigkeit erlischt nicht vollends.

Die Anfälle treten immer rasch ein, wobei der befallene Kranke in den meisten Fällen zusammenstürzt, daher der Name Fallsucht, fallende Sucht.

Die pathologische Anatomie hat keine organischen Veränderungen irgendwo nachgewiesen, die als constanter Befund der Epilepsie zu Grunde gelegt werden können.

Wie wir schon wiederholt angeführt haben, so kommen epilepsie-artige Anfälle bei chronischen Krankheiten und Aftergebilden der Nerven-Centra vor; diese und manche andere, theils complicirende, theils Folgezustände findet man in den Leichen; da dieselben aber auch ohne Epilepsie im Leben gefunden und die meisten Fälle von chronischer Epilepsie ohne ihnen verlaufen gesehen werden, kann man denselben auch keinen absoluten Werth beilegen.

Krankheitsbild.

Dem Anfalle gehen manchmal Vorboten voraus, diese sind

sehr variabel und daher ganz unbestimmt. Der häufigste Vorbote ist die sogenannte Aura epileptica: der Kranke empfindet das Gefühl einer streichenden Luft oder des Ameisenkriechens oder des Prickelns, der Wärme etc. von irgend einem Theile des Körpers gegen den Kopf aufsteigen; doch ist dieses Gefühl (so wie andere zufällige Vorboten: Sinnestäuschungen, Zittern, Herzklopfen etc.) von so kurzer Dauer, und geht rasch in den Verlust des Bewusstseins über, dass der Epileptische hiedurch nicht in den Stand gesetzt ist, gegen den Anfall irgend welche Vorkehrung zu treffen. Erst hinterher erinnern sich Viele des am Anfange gehabten Gefühls.

Der Anfall selbst beginnt in vielen Fällen mit dem Ausstossen eines bald stärkeren, bald schwächeren Schreies, mit welchem der Kranke zusammenstürzt, bewusstlos ist und das Bild eines complicirten, doch fast in allen Fällen verschiedenen Spieles von Convulsionen, untermischt mit tetanischen Krämpfen des ganzen Muskelsystems darbietet.

Verdrehen des Mundes, der Augen, der Gesichtszüge, convulsivisches Hervortreiben und Zurückziehen der Zunge, Kinnbackenkrampf, Zähneknirschen, Eingeklemmtwerden der Zunge zwischen den Kiefern, Strecken, Herumwerfen, Beugen des Kopfes und des Stammes nach den verschiedenen Richtungen; convulsivische und tetanische Krämpfe dieser oder jener oder abwechselnd aller Gliedmassen; stürmische Action des Herzens, manchmal unwillkührliche Entleerungen sind die nacheinander oder gleichzeitig mehrere derselben sich darstellenden Symptome.

Dabei ist das Athmen mühsam, ächzend oder röchelnd; ein dünner weisser, manchmal (bei verletzter Zunge) röthlicher Schaum tritt vor den Mund; das Gesicht ist cyanotisch und sehr auffallend (meist zum Schreckbild) entstellt; die Iris, gleichviel, ob expandirt oder contrahirt, reagirt auf die stärksten Lichteindrücke nicht; der Kranke empfindet nichts, man kann ihn brennen, schneiden, stechen, er fühlt es nicht; der Daumen wird gleich am Anfange in die Hohlhand geschlagen und bleibt da im Zustande starrer Contraction; der Puls ist schnell und klein.

Bei heftigen Anfällen können nebst der Verletzung der Zunge und den Beschädigungen, die sich der Kranke durch das rasche Zusammenstürzen und viele Herumschlagen beibringen kann, auch Knochenbrüche nnd Verrenkungen durch die Gewalt der Convulsionen erzeugt werden.

Nachdem dieser Zustand einige (von 5—20) Minuten gedauert

hat, hört mit einem Male alle convulsivische Bewegung auf; der Kranke liegt in einem soporösen Zustande, stöhnt und seufzt manchmal. Die Muskel, welche contrahirt waren, erschlaffen schnell. Athmen und Puls kehren ziemlich schnell zur Norm zurück. Die Entstellung des Gesichtes macht einem blassen Aussehen mit dem Ausdrucke grosser Ermüdung Platz.

Nach einiger Zeit ($^1/_2$—1 Stunde und darüber) erwacht der Kranke aus diesem Zustande, fühlt sich matt, abgeschlagen, weiss von dem Vorgefallenen nichts.

Manchmal bleiben noch über den Tag und auch noch weiter hinaus Kopfschmerz, leichte Hirnhyperämie und grössere Schwäche zurück; Patient ist zu keiner Beschäftigung fähig, und jeder wirklich epileptische Kranke ist sehr niedergeschlagen und melancholisch.

Diese Anfälle, an welchen Manche das Stadium convulsivum und soporosum (auch des Collapsus) unterschieden haben wollen, sind, wie Eingangs schon erwähnt, nicht alle gleich, weder im Individuo, noch in verschiedenen Kranken, insbesondere fällt die Dauer derselben sehr verschieden aus.

Der Schrei am Anfange wird häufig nicht gehört, die Convulsionen beschränken sich bloss auf das Gesicht und die Gliedmassen, sind sehr kurz; auch der nachfolgende Schlaf ist bald ruhig, bald nicht etc.

Die wesentlichste Modification der Form besteht wohl darin, dass bei schon länger Epileptischen, manchmal im Momente des Anfalles das Bewusstsein wohl schwindet, der Kranke langsam zu Boden fällt, oder an einen nahen Gegenstand (wenn solcher vorhanden ist) herabgleitet und einige Minuten scheinbar schlafend in diesem bewusstlosen Zustande verharrt; oder er bleibt auf den Füssen, ist ohne Bewusstsein, lässt Gegenstände, die er in der Hand hat, fallen etc. und nach einiger Zeit kommt er zu sich. Diese leichteren Formen, von den Franzosen petit mal, von den Kranken gewöhnlich „reiner Schwindel" genannt, können nur dann zur Epilepsie gerechnet werden, wenn schon andere deutlichere Anfälle vorausgegangen sind, oder hinterher deutlichere Anfälle folgen.

Aetiologie.

Epilepsie kann ererbt sein, zuweilen überspringt sie eine Generation und erbt sich von den Grosseltern auf die Enkel fort. Diese Epilepsie kömmt gewöhnlich erst zur Zeit der Pubertät zum Ausbruche, ist der Typus der eigentlich chronisch, oft durch lange Jahre verlaufenden Form.

Sie soll auch durch Schreck etc. der Mutter während der Schwan-

gerschaft als Epilepsia congenita entstehen können, und soll da gleich von der Geburt aus verlaufen.

Wenn man von der Eclampsie der Kinder (die nicht hieher gehört) absieht, so ist die Epilepsie in der Kindheit auch nicht häufiger, als in späteren Jahren.

Das weibliche Geschecht ist häufiger davon befallen, als das männliche.

Die Körperconstitution macht keinen Unterschied; nur bleibt bei frühzeitigem Ausbruche des Leidens (in den ersten Lebensjahren) die Entwicklung des Körpers und zwar oft auffallend zurück.

Als Gelegenheits-Ursachen für Epilepsie als Totalkrankheit gelten heftige Gemüthsaffecte: Schreck, Furcht, Zorn, Onanie, Geistesanstrengungen; man rechnet auch hieher grossen Schmerz und den Anblick eines Epileptischen während des Anfalles.

Gelegenheitsursache für einzelne Anfälle braucht es in der Regel nicht; die Anfälle kommen leider ohne aller und jeder Veranlassung so gut wie nach dieser; doch sind für Epileptische Gemüthsaufregung, erhitzende Getränke, stärkere Anstrengungen, Beischlaf etc. nicht ohne Einfluss auf die Zahl der Anfälle.

Diess bezieht sich auf die selbstständige Epilepsie; jene, welche man gewöhnlich die symptomatische nennt und welche bei Krankheiten des Gehirns (Hydrocephalus, Tuberkel etc.) vorkömmt, entsteht natürlich auf andere Weise.

Die sogenannte sympathische Epilepsie der Auctoren, wo epilepsie-artige Anfälle auch bei anderen Organleiden oder Reizen: Würmern etc. etc. ex Sympathia entstehen sollen, existirt nicht; die Convulsionen, welche unter solchen Umständen stattfinden, sind gewöhnliche Fraisen bei Kindern oder hysterische Krämpfe bei Weibern.

Verlauf, Dauer und Ausgänge.

Der Verlauf der selbstständigen Epilepsie ist ein chronischer, ob von der Kindheit (in den Kinderjahren ist sie nicht von gewöhnlicher Eclampsie zu unterscheiden) her verschleppt, ob später entstanden, wird wahre Epilepsie immer länger hinausgetragen.

Entstanden in der ersteren Zeit des Lebens, hindert sie die Ausbildung des Körpers; auch in der Folge setzt sie durch die Zahl und den Grad der Anfälle die Constitution herab.

Epileptische sterben meistens an intercurrirenden Krankheiten, oder doch eben erst später an Marasmus praecox.

Gewisse Evolutions-Perioden: Pubertät, Schwangerschaft, Eintritt der Involution sollen manchmal einen günstigen Einfluss haben; häufig findet auch das Gegentheil statt.

Die Anfälle sind manchmal selten durch Wochen, Monate und Jahre (diess wohl selten) getrennt; in anderen oder in denselben Fällen, zu anderer Zeit sind sie häufiger täglich, täglich paarmal oder alle 2—3 Tage etc., manchmal mit scheinbar regelmässigem Typus.

Sie erfolgen ferner bei Tag eben so häufig, als bei der Nacht; zur Zeit des Vollmonds sind die Anfälle manchmal am häufigsten und stärksten; bei abnehmenden Mond folgt dann grosser Nachlass.

Die in späterer Zeit ohne Erblichkeit erworbene und durch Gemüthsaffecte, Onanie u. dgl. entstandene fängt gewöhnlich mehr acut an, d. h. macht in der ersten Zeit viele Anfälle, setzt dann lang (mehrere Monate) aus und kommt wieder.

Selbst noch so langen Stillständen ist nicht zu trauen: Krisen gibt es weder für den Anfall, noch für die Gesammtkrankheit.

Was sich aus der Epilepsie als solcher heraus zu bilden pflegt, sind: der bereits angeführte Marasmus praecox, Geistes- und Sinnesschwäche und Blödsinn.

Auch ohne dem und noch früher als das ist jeder Epileptische melancholisch, scheu und ängstlich; diess spricht sich in seinem Benehmen, seinem scheuen Blicke, seinen langen unheimlichen Gesichtszügen aus.

Man schreibt auch, dass Epileptische im Anfalle apoplectisch gestorben sein sollen. (?)

Ganz anders gestaltet sich der Verlauf der symptomatischen Epilepsie; diess hängt von dem Centralleiden ab; die Anfälle haben zwar auch nichts Bestimmtes, da sie aber in der Regel mit Zunahme des Grundleidens einhergehen, und andererseits auch durch die bei längeren Anfällen nothwendigen secundären Hyperämien zum Gehirn dessen Zustand nur verschlimmern können, so geschieht es, dass hier namentlich wenn die Anfälle schon häufiger werden, bleibende Störungen auch in den Zwischenzeiten zurückbleiben; hieher gehören die Lähmungen, Hemiplegien, die als Nachkrankheiten der Epilepsie angeführten maniacalischen Anfälle etc.

Diese Epilepsie steht nie auf die Dauer rein da, es wechseln andere Anfälle von partiellen Convulsionen, von Hirnhyperämien mit ihnen; letztere werden habituell, es kommen die Motilitäts- und bleibenden Empfindungsstörungen etc.; auch wird für sie ein anderes genetisches Moment in den meisten Fällen entweder durch die Anamnese oder durch genaue Untersuchung des Patienten zu eruiren sein.

Als Complicationen können die verschiedensten acuten und

chronischen Leiden (welch' letztere sich hier eben so gut ausbilden können) auftreten. Sie haben insgesammt auf den Verlauf der Epilepsie keinen Einfluss. Erstere setzen den Kranken oft der Lebensgefahr aus und tödten ihn so, wie einen nicht Epileptischen; letztere begünstigen die Entwicklung des Marasmus.

Aehnlichkeit.

Mit Apoplexie, diese Verwechslung ist nicht leicht; die Convulsionen und tetanischen Krämpfe, die Beschaffenheit des Pulses und die kurze Dauer des Anfalles sichern die Diagnose.

Der Unterschied von Eclampsie und Hysterie ergibt sich aus dem, was über diese Formen unten in der Anmerkung gesagt wird.

Die Hauptsache ist bei epileptischen Anfällen, namentlich für Militärärzte die simulirten Anfälle von den wahren zu unterscheiden und den Simulanten im Augenblick der Simulation zu überweisen.

Ersteres ist Gegenstand der Gesundheitspolizei und gerichtlichen Medizin; letzteres ist nicht immer so leicht als es scheint und hängt zunächst von der günstigen Benützung der eben gebotenen Umstände ab.

Die Prognose ist immer ungünstig, besonders bei ererbten oder von der Jugend aus mitgeschleppten Formen. In der ersten Zeit hofft man noch und diese Hoffnung gibt einigen Trost; leider ist dieselbe in den meisten Fällen vergebens.

Was von den symptomatischen zu sagen ist, ergibt sich aus dem bei den Hirnkrankheiten Angeführten; häufigere Anfälle, bedeutendere bleibende Störungen in den Zwischenzeiten lassen ein rasches Ende des Lebens voraussagen.

Therapie.

Regime, Diät und Behandlung der Constitutionsverhältnisse bleiben sich hier ganz gleich, wie bei anderen Neurosen.

Die Behandlung der symptomatischen Epilepsie ergibt sich aus dem am passenden Orte Gesagten.

Hier sprechen wir bloss von der arzeneilichen Behandlung der substantiven Epilepsie und dem, was während der Anfälle zu thun ist. Leider fällt auch diess sehr kurz aus, weil hier überhaupt von Therapie nichts zu sprechen ist. Denn die geheilten Fälle, die in der Literatur angeführt werden, müssen cum gravo salis hingenommen werden; man wirft in der Praxis noch immer gewöhnliche Convulsionen der Kinder und Hysterie der Weiber mit der Epilepsie zusammen; und da ist freilich ein weites Feld für erfolgreiche Therapie gegeben.

Als Specifica gegen Epilepsie lobt man Flores Zinci (in grossen stets steigenden Gaben), Kupfersalmiak ($^1/_2$—5 Gran des Tags in steigender Dosis), Zinkvitriol, Lapis infernalis, Arsenik, Mercurialien, Valeriana, Indigo, Artemisia, Phosphor, Strychnin, Belladona (in neuerer Zeit Atropin) etc. etc., bei typischen Eintreten der Anfälle Chinin etc. etc.

Ich habe die meisten der genannten Mittel anwenden gesehen oder selbst verordnet und lange genug fortgesetzt. Aber ausser dem Lapis infernalis (und im geringeren Masse auch Zink) haben sich alle anderen erfolglos bewiesen.

Lapis infernalis in allmälig steigender Dosis bis zu $^1/_2$—$^3/_4$ Gran täglich liess eine bedeutende Abnahme der Zahl der Anfälle und Schwächung derselben wahrnehmen, nicht im jeden, doch in einigen Fällen.

Bei einem Mädchen, welches dieses Präparat bis zur Argyria genommen hat, blieben die Anfälle ganz aus, und sie gab uns das Versprechen, sogleich zu kommen, sobald wieder ein Anfall sich einstellen werde. Drei Jahre hierauf war sie noch nicht erschienen. Das Weitere ist mir unbekannt.

Im Anfalle hat man Sorge zu tragen, dass sich der Kranke nicht beschädige, nicht in die Zunge beisse, sich nicht anschlage; man lüftet seine Kleider, legt den Kopf höher, thut ihm keine Gewalt an beim Halten etc.

Schonendes Hervorziehen des Daumens oder mässig verstärkter Druck in die Magengrube soll den Anfall abkürzen.

Nach dem Anfalle manchmal Umschläge auf den Kopf, Abführmittel etc.

1. Eclampsia gravidarum, parturientium et puerperarum; Convulsionen, Fraisen der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinen sind den epileptischen Anfällen ganz gleiche allgemeine Convulsionen (theils klonische, theils tonische Krämpfe), welche die genannten Individualitäten, vorzüglich gegen das Ende der Schwangerschaft, im Geburtsakte oder im Wochenbette befallen, und wo sich die Krankheit als Totalität zwar auch aus einer verschiedenen Zahl von Anfällen zusammensetzt; dieselbe aber im Ganzen acut verläuft, die Anfälle sich rasch folgen; Gefässaufregung, Hirnreiz- und Hirntorpor-Symptome in den Zwischenzeiten der Anfälle nicht fehlen.

Der Ausgang ist in der Mehrzahl tödtlich oder häufig durch Folgezustände, wie sie bei Hirnentzündung, Hirnblutung etc. vorkommen, ausgezeichnet.

Die acutesten Fälle lassen aber auch hier in den Leichen keine die Erscheinungen im Leben begründenden Veränderungen im Gehirne nachweisen, daher die verschiedensten Hypothesen über das Wesen der Eclampsie.

In neuerer Zeit wird derselben ein Brightischer Prozess der Nieren und dadurch bedingte Urämie des Blutes von mehreren Geburtshelfern zu Grunde gelegt; und es gehört somit die Beschaffenheit des Harnes in vielen Fällen mit zu den diagnostischen Momenten.

Vorübergehende Convulsionen im Geburtsakte bei Hysterischen oder sonst Nervösen, oder Convulsionen ex Anaemia (nach grossem Blutverluste während und nach der Geburt), wenn sie auch bei Wöchnerinnen zu beobachten sind, können nicht mit Epilepsie verwechselt werden.

Die weitere Auseinandersetzung gehört der Geburtskunde an.

2. Eclampsia puerorum, Eclampsia infantum, Convulsionen der Kinder, Gefraisch, Gichter, Kinderfraisen.

Hierunter sind jene Convulsionen zu verstehen, welche bei Kindern vorkommen, ohne dass denselben ein ausgesprochenes Leiden des Gehirns und Rückenmarks oder ihrer Umhüllungen zum Grunde liegt.

Diese Convulsionen sind bald partiell, bald allgemein, und die letzteren sind der Form nach nicht von Epilepsie zu unterscheiden; daher in diesem Alter die substantiven oder epileptischen Krämpfe mit den sympathischen durch andere Leiden oder vorübergehende Zustände angeregten leicht zu verwechseln sind.

Die sympathischen Convulsionen der Kinder verlaufen ebenfalls paroxysmenweise, machen im Ganzen nur seltene und kurze Anfälle, kommen bei vollsäftigen Kindern ebenso häufig, als bei erethischen, zarten vor; sie stellen sich ein bei anderen fieberhaften Zuständen, bei exanthematischen Prozessen in den ersten Stadien, nach grösseren Anstrengungen, nach mechanischen Gewaltthätigkeiten (Stoss, Schlag auf den Kopf etc.) bei Würmern, beim Zahnprozess etc. etc.

Ihre seltenen und kurzen Anfälle, die von Hirnreizsymptomen freien Zwischenzeiten, der nicht entzündliche (sondern normale oder spastische) Harn; das Absein anderer Symptome, welche auf ein Hirnleiden schliessen lassen (Schädelbildung, Lähmungen etc.), und das ätiologische Moment entgegengehalten der Constitution des Patienten stützen die Diagnose dieser Convulsionen, und unterscheiden sie von den bei Hirnleiden vorkommenden sogenannten symptomatischen Fraisen.

Ihre Behandlung ist in der Regel ganz einfach, und beschränkt sich auf Hautreize, Kälte auf den Kopf, eröffnende Klystiere, Waschungen mit Essig etc. etc.; oder bei mehr Nervösen auf Zink, Aqua laurocerasi, kaltes Bespritzen u. dgl.

Kommen solche Convulsionen häufiger, vielleicht selbst typisch, sind für die weiteren Anfälle keine hinreichenden Ursachen gegeben, so ist der Unterschied von Epilepsie im oben angeführten Sinne nicht möglich, und in den meisten Fällen sind diese convulsivischen Anfälle auch wirklich Epilepsie, denn sie überdauern häufig die Vollendung der Dentition und die Pubertäts-Ausbildung.

XI. Ohnmacht, Animi deliquium

bezeichnet eine plötzliche vollständigere oder minder vollständige Unterbrechung des Bewusstseins, der willkührlichen Muskelthätigkeit (gleichsam eine Unmächtigkeit) und der Empfindung mit Schwächung der Respiration, des Herz- und Pulsschlages.

Sie hat verschiedene Grade: das Vergehen der Sinne und Kräfte auf kurze Zeit (Eclysis, Schwächeanwandlung), Lipothymia, wo der Puls und die Respiration mässig geschwächt sind; der höchste Grad, wo Puls und Respiration fehlen, ist Scheintod, Asphyxia (nur durch das Hören der schwachen Herztöne manchmal vom wahren Tode zu unterscheiden).

Dem Anfalle von stärkerer Ohnmacht gehen manchmal Vorboten: Vergehen der Sinne, Ueblichkeit voraus.

Im Anfalle sinkt der Körper erschlafft zusammen, die Haut wird blass und kalt, der Puls unordentlich, schwach, zuletzt nicht fühlbar, die Respiration kaum bemerkbar; äussere Reize werden nicht empfunden etc.

Die Dauer der Anfälle ist sehr verschieden, von einigen Minuten bis zu mehreren Stunden, der Anfall kann auch tödtlich enden.

Ohnmacht ist ein habitueller Zustand bei chronischen Herz- und Nervenkranken, bei chronischen Lungenkrankheiten, bei Anämie, Chlorose, in der Schwangerschaft etc.; aber auch junge, vollblütige Individuen werden ohnmächtig.

Gelegenheitsursachen für den Anfall können sein: heftige Gemüthsbewegungen (Schrecken, Freude), verdorbene Luft, betäubende Gerüche, enganliegende Kleider (besonders das Schnüren der Oberbauchgegend), grosse Hitze und Kälte, starker Blutverlust, grosse Anstrengungen des Körpers und des Geistes, Hunger und Durst, plötzliche Entleerungen (z. B. bei der Geburt, der Paracentese, dem Aderlasse), der Eintritt von Krankheit etc. etc.

Die Ohnmacht ist manchmal ein ganz leicht und spurlos vorübergehender Zustand, selbst wenn sie öfter kömmt z. B. bei Hysterischen, Hypochondrischen; sie ist aber häufig das Zeichen einer bedeutenden Erkrankung, z. B. hochgradiger Anämie, Hirn- oder Herzleidens etc.; daher häufigere und tiefere Ohnmacht in Begleitung anderer Zeichen dieser Leiden den Zustand stets gefährlicher bezeichnen.

Verwechslung. Das Verhalten des Puls- und Herzschlages,

so wie das der Respiration unterscheiden den Ohnmachtsanfall vom Blutschlag.

Behandlung.

Manchmal lässt sich der Anfall verhüten, wenn man bei dessen Herannahen das beengende Kleidungsstück lüftet, die Fenster öffnet, etwas frisches Wasser trinkt, einen Schluck Wein nimmt etc. etc.

Im Anfalle müssen vorerst noch fortwirkende Ursachen entfernt die Kleidungsstücke müssen gelockert, die Fenster geöffnet oder der Ohnmächtige in die frische Luft getragen und zweckmässig gelagert werden; für Anämische passt die horizontale, für mehr Plethorische die Lage mit erhöhtem Kopfe.

Bei geringerem Grade der erst eingetretenen Ohnmacht genügt manchmal diess allein und sie geht bald vorüber.

Bei längerer Dauer jedoch oder unter bedenklichen Umständen sucht man das Erwachen des Ohnmächtigen zu befördern durch Besprengen des Gesichtes, der Brust etc. mit kaltem Wasser, Waschen der Stirne, Schläfe, der Hände mit Wasser und Essig, durch Einreiben von Aether in diese Gegenden, auch in die Herzgrube etc. durch Riechmittel: Essig, Aether, angebrannte Federn oder Haare, eine aufgeschnittene Zwiebel etc., durch Einbringen von Schnupftabak oder Niesspulver in die Nase, durch reizende Klystiere, Frottirungen der Extremitäten etc.

Innerlich, sobald der Ohnmächtige schlucken kann: Wasser, Wasser mit Essig, Citronensaft oder etwas Wein, etwas aromatischer Thee, hierauf Ruhe etc.

XII. Hysterie, Mutterplage, Vapeurs, Hysteria, Hysterismus.

Ist eine dem weiblichen Geschlechte in den zeugungsfähigen Jahren fast ausschliesslich eigene Krankheit, welche in hochgesteigerter Empfindlichkeit des Nervensystems, in Verstimmungen des Gemüthes und in periodischen Anfällen der verschiedenartigsten Schmerz- und Krampfformen besteht.

Geschlechtliche Beziehungen sind in den meisten Fällen die Ursache der Krankheit sowohl, als der heftigeren Anfälle.

Materielles Leiden ist meist keines oder nur in dem Gebiete der Geschlechtsfunction vorhanden, aber auch dieses häufiger secundär und nur bei älteren Individuen, die schon längst an nervösen Formen gelitten haben, nachweisbar.

Hysterische sind gewöhnlich von zarter, nervöser Constitution,

oder bei schlaffer, gedunsener Beleibtheit von zarter weisser Haut und mehr anämisch. Sie sind sehr empfindlich gegen äussere Reize, ohne Ausdauer der Muskelkraft, leiden an Idiosyncrasien, sind launenhaft, bald heiter und selbst ausgelassen lustig, bald mürrisch und verstimmt, weinen und lachen in einem Gesichte, leiden an Störungen der Verdauung, vorzüglich an Stuhlverstopfung, an Säure der ersten Wege und Blähungen (Vapeurs), daher an häufigem Aufstossen, Sodbrennen, Poltern und Gurren in den Gedärmen.

Nicht selten sind Menstruationsstörungen und weisser Fluss vorhanden.

Bei mehr Anämischen: Blässe der Schleimhäute, Muskelschwäche, Nonnengeräusch in den Halsgefässen etc.

In späteren Jahren: Krankheiten der Eierstöcke (Cysten, Tuberculose) oder des Uterus.

Die bis jetzt angeführten Zeichen sind vielen weiblichen Individuen eigenthümlich, ohne dass man sie desshalb hysterisch zu nennen pflegt. Der wahre Charakter dafür liegt darin, dass nun weiters periodische Schmerz- und Krampfzufälle sich einstellen, welche durch das Absein vom materiellen Kranksein am Sitze des Krampfleidens, durch das schnelle und spurlose Verschwinden an diesem Orte und die Eigenthümlichkeit sich auszeichnen, dass sie mannigfache Combinationen und einen verschiedenen Wechsel mit anderen Formen in demselben Anfalle so wie in verschiedenen Anfällen eingehen (dadurch unterscheidet sich die Hysterie auch von anderen Neurosen).

Es gibt keine Neurose, welche nicht gleichzeitig mit einer anderen in demselben Anfalle von Hysterie auftreten könnte; die einzelnen Formen wechseln rasch, oder bestehen nebeneinander, und die verschiedenen Anfälle sind sich einander fast nie gleich.

Die Formen von Neurosen, welche in den einzelnen hysterischen Anfällen am meisten hervortreten, sich übrigens den Symptomen nach von anderen Neurosen derselben Form durch gar nichts unterscheiden, sind: Migräne, Magenkrämpfe, Mutterkrampf (Spasmus hysteralgicus) Kolik, Herzklopfen, Spinalreizung, Convulsionen (partielle und allgemeine), Lachkrampf, Weinenkrampf etc. etc.

Bei nur irgend einem stärkeren Anfalle kommen nebst der eigentlichen Form die verschiedensten wechselnden Schmerzen, asthmatische (asthma hystericum) Zufälle, oder das Gefühl einer vom Leibe zum Halse aufsteigenden drückenden Kugel (Globus hystericus) hinzu oder gehen voraus.

Inmitten der starken Migräne stellt sich Lachkrampf ein, dieser

wechselt mit einem krampfhaften Harndrang; den Convulsionen folgt grosse Ruhe, hierauf Migräne etc.

Diese Anfälle kommen, wie bei allen anderen Neurosen, manchmal mit einem scheinbar regelmässigen Typus; manchmal nicht so, die Zahl derselben ist sehr variabel.

Manchmal gehen dem Anfalle Vorboten voraus (sie sind die gewöhnlichen) oder nicht.

Im Anfalle steigern sich die denselben construirenden Symptome rasch zu einer bedeutenden Höhe, wechseln in ihrem Grade oder mit anderen Symptomen rasch; Gefässaufregung oder Hyperämie in den äusseren Theilen ist immer erst secundär und der Dauer und dem Grade des Anfalles entsprechend.

Erhöhte Empfindlichkeit der Sinne ist im Paroxysmus vorhanden, ebenso grosse Gereiztheit des Gemüthes.

Der während des Anfalles in reichlicher Menge gelassene Harn ist wasserklar (spastischer, anämischer Harn).

Mit einem Male tritt grosser Nachlass, nicht selten plötzliches Aufhören der Zufälle ein; manchmal Schlaf, manchmal Weinen beschliessen die Scene.

In der Regel folgt grosse Ruhe des Gemüthes und heitere Stimmung wenigstens für einige Zeit.

Die Dauer der Anfälle ist von 12 — 48 Stunden; folgen sich mehrere nacheinander, so sind sie viel kürzer.

Aetiologie. Gehört dem weiblichen Geschlechte an, ist am häufigsten vom 15 — 20 Jahre. Chlorotische und erethische Constitutionen disponiren am meisten dazu.

Sie sind meist erworben durch Verweichlichung des Körpers, unpassende Beschäftigung oder Gesellschaft, unglückliche Liebe, kinderlose Ehen, Onanie, frühes Witwenthum, viele Geburten, Blutverluste, ferner durch Missbrauch von Thee, Kaffe etc.

Auch Krankheiten des Eierstockes und des Uterus finden sich bei solchen, die an Hysterie gelitten; das gegenseitige Verhältniss lässt sich nicht immer aufklären. Manchmal mag dadurch die Hysterie bedingt sein, noch häufiger dürfte ihre Combination eine ganz zufällige sein.

Tuberculöse und Herzkranke sind nicht ganz verschont, doch haben hysterische Anfälle mit dem eigentlichen Fortschreiten dieser Leiden nichts zu thun, so wie aus ihnen andererseits Hysterie selbst nicht hervorgeht.

Für die einzelnen Anfälle sind häufig Gemüthsaffecte, Verkühlungen, Diätfehler u. dgl. manchmal nicht die Veranlassung.

Verlauf, Dauer, Ausgänge.

Die Krankheit verläuft chronisch, wie schon gesagt, mit einer verschiedenen Zahl von Paroxysmen, die der Form und Dauer nach sehr verschieden sind und an Ort und Stelle des nervösen Leidens keine Folgen zurücklassen.

Die Dauer derselben erstreckt sich oft bis in die climacterischen Jahre; sind die Ursachen behoben und war der Grad noch kein hoher, so kann sie auch viel früher aufhören; so hören die Anfälle manchmal auf bei Mädchen, wenn sie heirathen, bei Frauen, wenn sie Kinder bekommen etc.

Hohe Grade dauern gewöhnlich in die Länge; diese sind es auch, die bei fortwirkenden Ursachen zu Geistesstörungen führen können.

Die materiellen Veränderungen im Eierstocke etc. entwickeln sich neben der bestehenden Hysterie; aber als Folge derselben können sie doch nicht aufgefasst werden.

Complicationen.

Höhere Grade von Anämie, Schwangerschaft, Geburtsakt, Wochenbett, acute Erkrankungen, selbst geringgradige sind bei Hysterischen, wenn auch seltener gefährliche, doch immer sehr lästige Complicationen.

Aehnlichkeit haben diese Anfälle mit den Neurosen derselben Form, wenn es sich aber nicht gerade im Augenblicke um einen heftigen convulsivischen Anfall handelt, wo die Kranke nicht sprechen kann, wird sie jedesmal den noch unbekannten Arzt schnell in die Geschichte ihrer Leiden einführen, und ihm somit auch über das Wesen ihres Zustandes nicht in Zweifel lassen, denn wenn auch nicht alle Hysterischen ihre Leiden zur öffentlichen Schau tragen, vor ihrem Arzte haben sie kein Geheimniss.

Die Prognose ist in so ferne nicht günstig, als höhere Grade selten heilen, die Ursachen häufig nicht zu beheben sind, das natürliche Ende der Krankheit erst in das Alter fällt und hysterische Weiber eine wahre Geissel ihrer Umgebung sind.

Behandlung.

Was die Causal-Indication anbelangt, so ist hier zu bemerken, dass in den meisten Fällen die Erfüllung derselben ausser dem Wirkungskreise des Arztes liege, und dass die in der Geschlechtssphäre vorkommenden Blutungen und Flüsse, wenn sie nicht zu übermässig

sind (wo sie den Grad der Anämie und Schwäche steigern), nie als Ursache der Hysterie aufzufassen sind. In der Entwicklung begriffene Cysten etc. der Ovarien, falls man sie auch durch noch so oftes und genaues Untersuchen constatiren würde, sind auch der Therapie nicht zugängig.

Die ganze Behandlung der Hysterie, die vielleicht noch am ehesten eine radikale sein könnte, ist meist nur eine symptomatische.

Im Anfalle gelten die bisher bei allen Neurosen besprochenen Regeln: Ruhe, frische Luft, kein Geräusch, Beruhigung des Gemüthes, wenn Grund zur Aufregung gegeben war etc.

Im Ganzen muss sich der Arzt hier der Kranken und ihrer Umgebung gegenüber in einer ernsten Stellung behaupten und sich durch keine Uebertreibung der Symptome, noch durch Angaben eingebildeter Ursachen etc. irre machen lassen.

Von den Mitteln zur Abkürzung des Anfalles steht oben an Kälte unter allen Formen: als Douche, als Abreibung, als Bad, als Umschlag. Die heftigsten Convulsionen dieser Natur weichen der gehörig gehandhabten Anwendung des kalten Wassers oder des Eises. Ferner Hautreize; Senfteige, Sauerteige, Meerrettig, Waschung mit Säuren (Elixirium acidum Halleri, Schwefelsäure etc.).

Von Medicamenten stehen oben an Castoreum (in Tinctura, tropfenweise während des Anfalles), Asa foetida (als Emulsion, in Pillen oder Klystierform), Valeriana (als Oelzucker oder Infusum), Chamillen. Narcotica müssen vorsichtig gegeben werden, Morphium mit und ohne Aqua laurocerasi wird allen Ansprüchen genügen.

Zink, Kupfer etc. kommen im Anfalle selten zum Gebrauch, sondern ausser demselben und leisten gewöhnlich nichts.

Ausser den Anfällen sind Eisen bei Anämie, Säuren bei mehr Erethischen angezeigt.

Asa foetida, Valeriana, Castoreum zeitweise fortgegeben, schieben die Anfälle hinaus. Auch hier ist der fortgesetzte Gebrauch des kalten Wassers das Beste.

Man sorgt für Zerstreuung, Abwechslung, denkt auf passende Bäder und Unterhaltung; denn eine andere Sorge macht dem Arzte die Mehrzahl unserer hysterischen Frauen nicht.

Bei höheren Graden von Stuhlverstopfung, Blut- und Schleimflüssen werden auch diese entsprechend behandelt.

XIII. Hypochondrie oder Milzsucht, der Spleen — Hypochondriasis.

Der Spleen-Hypochondriasis, ist vorzüglich dem männlichen Geschlechte in späteren Jahren eigen und besteht in krankhaft vermehrter Empfindlichkeit des Sensorium commune gegen Körpergefühle und äussert sich durch eine krankhaft ängstliche Aufmerksamkeit auf den eigenen Gesundheitszustand.

Hypochondrie wird die Hysterie der Männer, so wie letztere auch die Hypochondrie der Frauen genannt.

Der Hypochonder ist fortwährend um seine Gesundheit besorgt; ewige Angst einer drohenden oder schon bestehenden Krankheit quält ihn. Die seiner Beurtheilung zugängigen Verrichtungen: Stuhlgang, Herzschlag, Puls, Athmen, Sinnesverrichtungen werden einer genauen unausgesetzten Kritik unterworfen, überall Abnormität und kranker Zustand gesehen und empfunden. Um genauere Kenntniss in sein körperliches Ich zu bekommen, widmet er die ihm noch so kurz bemessene freie Zeit der Lectüre medizinischer Bücher; der Arzt ist ihm weniger Rathgeber für seine Zustände, als das Opfer seiner langweiligen Auseinandersetzung der Leiden und dient dazu, ihm Aufklärungen über die Functionen des Organismus, die Wirkungsweise der Medikamente etc. zu geben, und so die Lücke seiner medizinischen Kenntnisse auszufüllen. Alle Krankheiten, die epidemisch herrschen, oder von welchen viel gesprochen wird, macht er in seiner Einbildung mit; alle Aerzte und Medikamente der Mode macht er durch etc. etc.

Abgeschlossen, misstrauisch, hoffnungslos über seine gebrochene Gesundheit lebt er doch meist gerne, ist verträglich, nur sich selbst Feind und die Qual seines Arztes (den er zum Glücke oft wechselt) und seiner intimen Freunde.

Nichts destoweniger sieht der Hypochonder meist gut aus, erfreut sich trotz alles Klagens doch eines guten Appetits und lässt es bei aller Angst um seine Gesundheit seinem heiligen Leichnam doch an nichts fehlen.

Hypochondrie im geringeren Grade ist eine häufige Krankheit und begleitet gewisse Stände und Standesgrade fast stätig, höhere Grade sind selten.

Sie besteht oft jahrelang, ohne dass materielle Leiden nachzuweisen wären (Hypochondria sine materia).

In anderen Fällen, besonders bei älteren Individuen, langer

Dauer und höheren Graden finden sich mannigfache Organerkrankungen, besonders der Unterleibsorgane, des Herzens etc vor (Hypochondria materialis).

Ob sich nun solche Leiden direct aus dem krankhaften Gefühlszustande des Patienten herausbilden können, ist zweifelhaft, wird aber von vielen Aerzten angenommen.

Am meisten disponirt zur Hypochondrie eine körperlich unthätige, sitzende Lebensweise, wenig Abwechslung und Mangel der ernsten Anregung des Geistes. Die Anlage soll auch ererbt sein; ferner können fehlerhafte Erziehung, ausschweifendes Leben, niederdrückende Gemüthsaffecte (Schreck, Kummer etc.) grosse Anstrengungen etc. zur Entstehung dieses Uebels beitragen.

Hypochondrie entsteht langsam, und hat sie einmal einen höheren Grad erreicht, so begleitet sie ihre Opfer getreu bis an das durch andere oder die schon bestehenden materiellen Leiden herbeigeführte Ende, wenn nicht zufällig bedeutende Veränderungen der Lebensverhältnisse durch Ehe, Unglück, neue Sorgen etc. dem ganzen Thun und Denken des Menschen eine andere Richtung aufdringen.

Eine Veränderung der Lebensweise und eine andere Richtung des Denkens durch passende Lectüre, Zerstreuung, Reisen etc. ist auch das Einzige, was die vernünftige Therapie anstreben kann.

Symptomatisch müssen zur Beschwichtigung der verschiedenen eingebildeten Zustände allerlei äussere und innere Mittel, Mineralwässer, Bäder in Gebrauch gezogen werden.

Der Hypochonder ist sein eigener Ordinarius; wenn der mit dem Vertrauen desselben beglückte Arzt ihn vor mächtigen, leicht schädlich wirkenden Eingriffen schützen und neben ihm lange ausharren kann, hat er sein Möglichstes gethan.

Es versteht sich von selbst, dass wirkliche materielle Leiden des Herzens, der Leber etc. den Umständen entsprechend, manchmal ein ärztliches Eingreifen erforderlich machen, und da werden diese Zustände gerade so wie bei Nichthypochondern behandelt, nur mit dem Unterschiede, dass sich der Arzt durch die Angaben der subjectiven Symptome auch in diesen Fällen bei Hypochondern nie zum Handeln bestimmen lassen darf.

XIV. Hydrophobie, Wasserscheu

sind eine eigene Art Reflexkrämpfe der Schlingwerkzeuge, die bei dem Versuche Flüssigkeit zu schlucken entstehen.

Sie kommen bei entzündlichen Hirnleiden, bei Typhus etc, auch manchmal vor.

In der Regel gehört diese Form von Krämpfen der nach dem Bisse wuthkranker Thiere (des Hundes, des Wolfes, der Katze, des Fuchses) entstehenden Krankheit, Hundswuth, Hydrophobia rabica, Rabies canina an; bildet häufig ihr erstes und immer ihr wesentliches Symptom.

Der Ausbruch der Krankheit erfolgt gewöhnlich nach 2 — 6 Wochen (aber auch nach Monaten) nach dem Bisse des wuthkranken Thieres; manchmal gehen demselben theils locale (an der Stelle des Bisses und von dort ausstrahlende), theils allgemeine (Gemüthsver stimmung, Angst, Schlaflosigkeit, Trübsinn oder grosse Heiterkeit, Eckel etc.) Vorboten voraus.

Mit und ohne diesen Vorzeichen bricht die Krankheit mit der Wasserscheu aus; beim Versuche zu trinken wird der Kranke davon durch einen Krampf der Schlingwerkzeuge gehindert, diesem gesellen sich eine grosse Angst und das Gefühl des Erwürgens bei.

Bald oder erst nach einigen solchen Anfällen kommen noch allgemeine, theils clonische, theils tonische Krämpfe hinzu; später stellen sich diese Krämpfe schon beim Anblick oder dem blossen Gedanken an Flüssigkeit oder dem Anblicke glänzender Gegenstände, so wie bei Bewegung der Luft, die den Kranken trifft, z. B. Oeffnen der Thür, der Bettdecken etc. ein.

Der Anfangs fieberlose Zustand steigert sich nach einigen oder mehreren solchen Anfällen zu starker Gefässaufregung und nebst den Krämpfen der Schling- und Athmungsmuskel, nebst tetanischen Convulsionen, die abwechselnd fortdauern, stellen sich maniacalische Anfälle ein, der Kranke ist bewusstlos, schlägt und stösst um sich, will die Flucht ergreifen, bäumt sich nach allen Seiten, beisst in Alles, dessen er habhaft werden kann, spuckt den schaumigen Speichel, den er nicht schlucken kann und der ihm im reichlichen Masse aus dem Munde fliesst, nach allen Richtungen um sich; das Gesicht wird blauroth, die Miene entstellt, die Augen glotzend. Entleerungen anfangs sparsam, erfolgen dann unwillkührlich. Manchmal Satyriasis etc.

Das Bewusstsein anfangs ungetrübt geht mit dem Eintritte der maniacalischen Anfälle verloren und kehrt nicht wieder.

Die Anfälle anfangs mehr geschieden, folgen sich dann rasch, der Kranke ist ohne Unterlass in den verschiedensten Krämpfen, schläft nicht etc.

Die Dauer des ganzen Verlaufes ist kurz, meist nur 2 — 3 Tage (selten länger).

Der Ausgang der ausgebrochenen Krankheit war bis jetzt immer lethal; die Kranken sterben theils apoplectisch, theils den Tod des Erstickens.

Der Träger des Giftes ist der dem Blute einverleibte Geifer des Thieres; derselbe wird entweder direct durch den Biss einverleibt oder unmittelbar in Hautwunden und Schrunden durch Belecken des Thieres oder mittelst Kleidungsstücke etc gebracht. Es scheint übrigens eine grosse Disposition von Seite des Kranken nothwendig zu sein.

Die Prognose bei ausgesprochener Krankheit ist immer ungünstig.

Die Therapie in diesem Zeitraume der Krankheit bis jetzt noch immer ohne Erfolg.

Man sondert solche Kranke ab, behandelt sie mit Schonung, entfernt Alles, was Krämpfe erregen könnte.

Blutentziehungen, Kälte, Mercurialien, Canthariden, Taxus baccata, Belladona,Gentiana cruciata etc. Alles wurde und wird noch versucht.

Die Section ergab noch immer negative Resultate.

Das eigentliche Feld der Therapie ist die Zeit zwischen der Verletzung und dem Ausbruche der Krankheit; dieser Theil gehört der Chirurgie an.

Die hier noch weiters wie im Anhange angeführten Neurosen sind ihrer Entstehungsweise nach eben so dunkel wie die anderen, der Therapie ganz unzugängig und kommen, wenn man von den verschiedenen Täuschungen, die hier obwalten, absieht, am seltensten vor.

Auch lassen sich für dieselben vollständige Bilder nicht entwerfen, weil die wenigen authentischen Fälle, welche etwas genauer beschrieben sind, immer eine verschiedene Complication mit anderen Neurosen oder ein wechselndes Verhalten der Nebenerscheinungen und des Verlaufes darbieten.

Catalepsie, Starrsucht ist ein plötzliches Starrwerden der animalen Muskel ohne tonische Contraction derselben, mit Unterbrechung des Bewusstseins und der Empfindung, ohne dass hiebei die vegetativen Vorgänge gestört würden.

Der Kranke (häufiger die Kranke) ist unbeweglich, bleibt in der Stellung verharren, in welcher ihn der Anfall überkömmt; die Glieder sind von wachsähnlicher Biegsamkeit (Flexuitas cerea), sie lassen sich ohne Widerstand in jede beliebige Lage bringen, welche

nicht dem Gesetze der Schwerkraft gerade zu entgegen ist. Die Empfindung der äusseren Sinne ist aufgehoben. Puls bietet nichts Abnormes.

Dieser Zustand kommt anfallsweise; die einzelnen Anfälle sind von verschiedener Dauer und Zahl oder er kann auch eine Zeit ununterbrochen fortdauern.

Professor Scoda beschreibt in der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte 1852 eine durch mehrere Monate anhaltende Catalepsie, welche in seiner Klinik beobachtet wurde.

Cataphora, die eigentliche oder idiopathische Schlafsucht ist jener Zustand, wo ein dem natürlichen Schlafe ganz ähnliches Fortschlummern (mit und ohne periodischem Erwachen), Wochen und sogar Monate lang fortdauert, ohne dass der Kranke hieraus erweckt werden könnte, und ohne dass sich ein anderweitiger Krankheitszustand darstellte.

Das seltenste Beispiel dieser Art wurde an unserer Akademie im Jahre 182$^4/_5$ beobachtet.

Eine plötzlich eingetretene Schlafsucht mit voller Empfindungslosigkeit und theils cataleptischer, theils tetanischer Beschaffenheit der Muskel, welche 18 Monate lang ohne Unterbrechung andauerte. Der Kranke überlebte diesen Zustand noch einige Jahre.

Dieser Fall ist ausführlich beschrieben von Hofrath und k. k. Oberstfeldarzt Dr. Bischoff in seiner Darstellung der Heilungsmethode in der mediz. Klinik an der k. k. mediz. chir. Josefs-Academie in den Jahren 1826 — 1827. Wien 1829.

Somnambulismus, Schlafhandel, Schlaf- oder Nachtwandeln ist jene eigenthümliche Form des Schlafes, bei welchem der Kranke schlafend Geschäfte eines Wachenden verrichtet.

Kann in kurzen oder längeren Anfällen auch mit gewissem Typus der Anfälle vorkommen.

Wenn dieser Zustand durch Streichen und Manipulieren künstlich erzeugt wird (durch thierischen und mineralischen Magnetismus) nennt man ihn magnetischen Schlaf.

Einen Fall von typischen Somnambulismus habe ich vor 2 Jahren in dem uns nahe gelegenen OrteHeiligenstadt gesehen.

Ausgesprochene Intermittens ging voraus, nach deren längerem Stillstehen und mittlerweilen stattgehabten niederdrückenden Gemüthsaffecten sich bei der Kranken (ein junges erethisches Mädchen) Abends durch einige Stunden die Zufälle des Schlafhandels

einstellten. Die Anfälle waren sowohl bezugs der Eintrittszeit als ihrer Dauer streng typisch; was die Kranke während der Anfälle that, blieb Alles in den Grenzen der Möglichkeit, Puls, Temperatur etc. waren wechselnd, ebenso variirten die Zeichen erhöhter Sensibilität etc.

Nachdem sich der Ordinarius gegen jede zufällige und absichtliche Täuschung sichergestellt hatte, heilte er die Kranke durch grössere Dosen Chinin.

Alle möglichen Formen, besonders der mehr partiellen Neurosen, sind hiemit nicht abgehandelt, und es wird bei der diagnostischen Bestimmung der sonst seltener vorkommenden Formen eben so vorzugehen sein, wie es hier bei den gewöhnlicheren und complicirteren Fällen geschehen ist.

Auch die therapeutischen Grundsätze bleiben sich ganz gleich. —

Gähnen, Seufzen, Schluck-, Wein- und Lachkrämpfe sind häufig reflektirte Erscheinungen, doch auch centralen Ursprungs, angeregt durch Gemüthsaffekte, und in beiden Fällen meistens nur vorübergehende Zustände. Die letzteren sind bei Hysterie nicht selten zu beobachten.

Krankheiten der Respirations-Organe.

A. Krankheiten der Nasenhöhle.

I. Catarrh der Nasenhöhlenschleimhaut, Schnupfen, Coryza, Gravedo.

Röthe, Schwellung und Lockerung der Schleimhaut sind die anatomischen Charaktere.

Anfangs wird ein klares alkalisches Secret abgesondert, später ist das Secret dick, gelbgrünlich, gelbweiss oder weniger dick, auch missfärbig. Blutstreifen sind häufig beigemischt.

Beim chronischen Catarrh ist das Gewebe der Schleimhaut verdickt, gelockert, blassroth oder bläulichroth, stellenweise erweiterte Gefässe und hypertrophirte Schleimbälge, die über das Niveau der Mucosa als kleine Körner hervorragen.

Der Prozess ist in den meisten Fällen bloss auf die Mucosa der Nasenhöhlen beschränkt, in anderen Fällen setzt er sich in die Stirn-, noch seltener in die Kieferhöhlen fort.

Bei höheren Graden ist die Schleimhaut der Eustachischen Ohrtrompete und die Rachenschleimhaut auch mitbetheiligt.

Krankheitsform.

Häufiges Niesen, Kitzeln oder Druck in der Nase und der Ausfluss einer copiösen, serösen Flüssigkeit aus der Nase sind anfangs die constanten Zeichen. Sie sind nicht anhaltend, kommen nur wieder stärker bei raschem Temperaturwechsel, Einwirkung von Staub, scharfen Gerüchen etc.

Wird der Zustand nicht in diesem Stadium abgeschnitten, so kommt es in ein paar Tagen zur Absonderung eines dicklichen, schleimig-eiterigen, geformten Secrets; Niesen hört auf, etc.

Höhere Grade sind meistens mit leichten Fieberbewegungen (des Abends) begleitet. Die angegebenen Symptome sind heftiger, durch das fortwährend ausfliessende, salzig oder fade schmeckende Secret wird die Haut der Nasenflügel, der Oberlippe angeätzt; die Nase ist verstopft, der Kranke athmet immer mit offenem Munde, die Conjunctiva der Augen ist injicirt, die Thränen fliessen reichlich, ein drückender Stirnschmerz, manchmal Eingenommenheit des ganzen Kopfes, ein kitzelndes, stechendes Gefühl von der Rachenhöhle bis zum inneren Ohre, leichte Schlingbeschwerden belästigen den Kranken. Dem Secrete ist manchmal Blut beigemengt, oder es hört die Secretion vollends auf (Stockschnupfen, Gravedo).

Drückender Schmerz in der Gegend zwischen den Augen und der oberen Zahnreihe, Schwellung der Weichtheile daselbst, Stillstehen der Secretion aus der Nase, stärkeres Fieber — bei Verbreitung auf die Schleimhaut der Kieferhöhlen.

Bei den chronischen Formen dauern lästige Symptome bald hier bald dort mit verschiedener Abwechslung des Grades fort, der Durchgang der Luft ist gehindert; der Geruch leidet, die Secretion des dicklichen Schleims geht fort, stellenweise, besonders an der Ausmündung der Nase oder der Scheidewand kleine Erosionen, die sich mit dicklichen Borken belegen etc.

Aetiologie.

Kinder und jüngere Leute sind mehr disponirt. Die consecutiven Catarrhe der Nase finden sich dort häufiger, wo Catarrhe überhaupt in Folge dyscrasischer Leiden (Tuberculose) oder Störungen des Kreislaufes (Herzfehler, Emphysem etc.) an der Tagesordnung sind.

Vollständig kommen höhere Grade nur durch Verkühlungen zu Stande; werden gewöhnlich auch nur durch schlechtes Regime unterhalten und gesteigert.

Geringere, nicht lange dauernde Grade entstehen auch nach Einwirkung von Staub, reizenden Dämpfen etc. etc.

Als Theilerscheinung anderer Leiden findet sich Schnupfen bei allen stärkeren Cartarrhen der Respirationsschleimhaut, bei der Influenza, bei exanthematischen Prozessen, vorzüglich den Masern und Blattern, und geht croupösen Prozessen der genannten Schleimhaut manchmal voraus. Er begleitet den Scrophelprozess der Nasenschleimhaut, ist bei Ozaena syphilitica nicht selten.

Bei Tuberculösen, Herzkranken, an Gicht oder Lungen-Emphysem Leidenden, so wie bei Leuten, die immer und immer rascherem Temperaturwechsel ausgesetzt sind, wird er oft habituell.

Verlauf und Ausgänge.

Acut angeregt und selbstständig verläuft er meistens schnell, innerhalb paar Tagen; wird er durch schlechtes Verhalten oder durch fortwirkende Schädlichkeiten chronisch, so ist der weitere Verlauf ganz unbestimmt. Er setzt sich mit bedeutenden Nachlässen und Verschlimmerungen in die Jahre fort; dasselbe gilt von der habituell gewordenen Form; auch hier sind meist die Verschlimmerungen die Folge neuer Verkühlungen.

Aphthen oder auch grössere Geschwüre, die oft lange nicht heilen wollen, und Störungen des Geruches sind die möglichen Folgen der chronischen Form.

Der symptomatische Nasencatarrh hängt in seinem Verlaufe von dem Hauptleiden ab.

Behandlung.

Gleichmässige Temperatur bei der acuten Form, strenges Verhalten, insbesondere Meiden derjenigen Umstände, welche immer wieder Steigerung der Symptome hervorbringen, bei der chronischen Form sind die Bedingung sine qua non.

Mit dieser ist auch häufig die Therapie geschlossen.

Bei höheren lästigen Graden sucht man den Prozess abzuschneiden oder zu mildern. Ersteres gelingt manchmal durch das Aufschnupfen von Dämpfen des Salmiakgeistes, durch geringe Mengen von Schnupftabak, durch die paarmalige Anwendung von heissen Fuss- oder Handbädern. Dem zweiten Zwecke dienen: Dämpfe von warmen Wasser, Eibisch- oder Malva-Abkochung, das öftere Bestreichen der Nasenwurzel und der Schleimhaut der Nase mit Talg oder Butter etc., Fussbäder; bei fieberhafter Aufregung und stärkerer Hyperämie zum Kopfe ein leichtes Purgans und Senfteige.

Bei den chronischen Formen müssen bei den zeitweiligen Verschlimmerungen auch die genannten Mittel zur Anwendung kommen; zur gänzlichen Heilung werden empfohlen: Schnupftabak, Niesmittel, Alaunlösung, Salmiaklösung, Schnupfpulver aus Calomel etc. innerlich Cubeben, Copaivabalsam.

Nasentripper als Metastase des Harnröhrentrippers habe ich nie gesehen.

Croup der Nasenschleimhaut (bei Kindern häufiger) kommt manchmal mit Croup anderer Schleimhäute, selten allein vor.

Die genetischen Momente sind dieselben, wie beim anderen Croup.

Die Therapie bleibt auch im Ganzen dieselbe; örtlich muss manchmal diess Exsudat entfernt (wenn es den Luftdurchgang ganz hindert), und die dann blossgelegten Stellen (wenn sich hier die Exsudation mehr chronisch gestaltet) mit Alaun-, oder Borax-, oder Lapis-Lösung bepinselt werden.

Ozaena, Coryza purulenta, Ulcus narium, Verschwärung in der Nase, Nasengeschwür etc.

Einfache aphthöse Geschwüre, wie sie beim chronischen Schnupfen oder local durch Follikularentzündung angeregt, und in beiden Fällen durch Misshandlung (Kratzen, gewaltsames Entfernen der Krusten mittelst der scharfen Nägel) oft in die Monate unterhalten werden, erfordern Schonung von Seite des Kranken, und nach Umständen: Einschmieren mit Fett oder Zinksalbe, die Anwendung von Alaunlösung, das Betupfen mit Alaun, Kupfervitriol oder Lapis infernalis.

Die syphilitischen und scrophulösen Geschwüre der Nasenschleimhaut (Ozaena syphilitica et scrophulosa) bestehen manchmal ohne gleichzeitiger Affection der naheliegenden Knochen; bei längerer Dauer oder da, wo der Prozess gleich vom Knochen ausging, ist der locale Zustand ein complicirter, und in den verschiedenen Fällen ein verschiedener, zunächst durch den Grad der Ausbreitung modificirter.

Es ist ganz überflüssig, in genauere Schilderung desselben einzugehen; es genügt angeführt zu haben, dass es nie die Form des localen Prozesses ist, welche für Diagnose oder Therapie bestimmend sein kann.

Die Constitutions - Verhältnisse und das Alter des Kranken, die ätiologischen Momente, die Dauer und Entwicklung des Leidens und vor allem andern die gleichzeitig mitbestehenden mehr charakteristischen Affectionen der Haut, der Drüsen etc. bestimmen die Diagnose.

Die Therapie ist wie bei Syphilis und Scropheln angegeben wurde. Die locale Behandlung fällt mit der bei nicht spezifischen Geschwüren oben angegebenen ganz zusammen.

Ozaena non ulcerosa, spuria, Stinknase.

Ein übler Geruch aus der Nase ohne sichtbaren materiellen Veränderungen der Nasenschleimhaut.

Nur wenn der Mangel aller anderen specifischen Affectionen und das sonst gesunde Verhalten des Individuums es gestatten, kann man glauben, dass nicht wirklich in den dem Auge nicht zugängigen Theilen kein geschwüriger Process bestehe.

In diesen Fällen ist eine pedantische Reinhaltung und manchmal die Anwendung adstringirender Mittel (Alaun, Lapis infernalis, Chlorkalk etc.) nothwendig.

II. Nasenblutung, Epistaxis, Hämorrhagia narium, Rhinorrhagia.

Das Blut fliesst gewöhnlich aus einem Nasenloche entweder tropfenweise oder im kleinen ununterbrochenen Strome ab. In seltenen

Fällen fliesst das Blut auch durch die hinteren Nasenöffnungen herab und wird ausgespuckt.

Wenn die Blutung durch die vordere Nasenöffnung versiegt ist, so kann sie manchmal nach hinten noch fortdauern, und auf diese Art grössere Mengen Blut in den Magen gelangen; wenn das Erbrechen hierauf nicht bald sich einstellt, so können höhere Grade von Anämie zu Stande kommen, ohne dass man auf die Blutung aufmerksam wird. Diess gilt vorzüglich bei Blutungen kleiner Kinder, bei Typhösen, Scorbutischen etc., wenn sie im soporösen Zustande dahinliegen. In anderen Fällen entsteht durch das nach rückwärts abfliessende Blut Hustenreiz, und der Kranke wirft das Blut theilweise unter Husten heraus.

Das durch die Nase direct ausfliessende Blut ist entweder hellroth, dick, sehr klebrig und gerinnt bald oder es ist schwärzlich oder blassroth, sehr dünn, wenig klebrig und gerinnt nicht oder nur theilweise zu grösseren Flocken, kleineren Klumpen und der grösste Theil bleibt flüssig.

Die Symptome, welche das Nasenbluten als solches begleiten, fehlen häufig gänzlich, oder sind in anderen Fällen die der Hirnhyperämie (meist nur im geringeren Grade) oder die der Anämie.

Da wo die Zeichen der Hyperämie vorausgehen, nehmen sie gewöhnlich mit der Blutung ab.

Die Zeichen der Anämie sind manchmal bloss Folge der Blutung, stellen sich erst während derselben ein, und steigen im Verhältnisse der noch fortdauernden Blutung, oder es war schon Anämie vor der Blutung zugegen, dann steigert sich der Grad der Anämie durch Blutung rasch, oft zu einer bedeutenden Höhe.

Vorübergehender Schwindel, Sinnesschwäche, leichte Ohnmacht, blasses Gesicht, niedere Temperatur und kleiner Puls sind bald die Folge stärkerer Blutungen aus der Nase bei sonst starken Individuen, sie sind die Zeichen einer meist bald sich ausgleichenden Anämie des Gehirns.

Höhere Grade von Anämie: Sopor, Bewusstlosigkeit, convulsivische Bewegungen, Sinnestäuschungen, Delirien etc. kommen nur da zu Stande, wo ein gewisser Grad von Anämie der Blutung schon vorausging.

Es ist praktisch recht gut und zur Verständigung am einfachsten, ein Nasenbluten mit activem und passivem Charakter zu unterscheiden.

Bei ersterem ist die Blutung geringer, das Blut hell, schnell ge-

rinnend, die Zeichen der Hyperämie in den äusseren Theilen zugegen und die allenfalls folgende Anämie gering und von kurzer Dauer.

Beim passiven Character sind die Zeichen der Anämie gleich mit dem Anfange der Blutung zugegen, und steigern sich schnell zu höheren Graden, das Blut ist dunkel- oder blassroth, dünn, gerinnt nicht etc.

Ein anfangs activer (oder scheinbar activer) Charakter kann bei länger fortgesetzter Blutung zum passiven werden.

Aetiologie, Verlauf, Ausgänge etc.

Gewisse Individuen haben schon von Kindheit eine grosse Geneigtheit zum Nasenbluten, häufig sind es solche, welche der Tuberculose verdächtig sind; sie können aber auch von kräftiger plethorischer Constitution sein.

Sie haben das Nasenbluten häufig nach der geringsten Veranlassung: angestrengtes Laufen, Stiegensteigen etc., häufig aber auch ohne aller Veranlassung, manchmal nach gewissen Zeitabschnitten (alle Monate etc.) regelmässig.

Zur Zeit der Pubertät ist diese Epistaxis gewöhnlich stärker und nicht selten Mitursache der sich jetzt entwickelnden Anämie (der Evolutions-Chlorose vorzüglich bei Mädchen). In der Regel sind diese Blutungen nicht hochgradig und ohne weiteren Folgen.

Nasenbluten kommt im Verlaufe acuter Krankheiten, vorzüglich der Exantheme (Masern und Typhus exanthematicus), des Abdominal-Typhus, der Entzündungen: der Hirnhäute, der Pleura etc. vor.

Mässige Grade am Anfange des Typhus und der exanthematischen Krankheiten sind meist vom guten Erfolge, sie mässigen die gleichzeitigen Hirnhyperämien; bei entzündlichen Leiden, vorzüglich der Hirnhäute sind sie nicht selten entscheidend, sie kürzen den Prozess mit einem Male ab. — Zur Zeit der Krisen ist mässige Epistaxis eine der gewünschtesten Erscheinungen bei allen acuten Krankheiten.

Im weiteren Verlaufe des Typhus oder nach hochgradigen Exsudativprozessen, wo eine grössere Anämie besteht, ist Nasenbluten ein ominöses Zeichen; die Anämie wird dadurch rasch gesteigert; die Blutung ist selten leicht zu stillen und der tödtliche Ausgang kann manchmal direct aus der Epistaxis und der gefolgten Anämie deducirt werden.

Bei chronischen Organerkrankungen, wo Blutstockungen an der Tagesordnung sind, z. B. bei Emphysem, Herzfehlern, Lungen-Tuberculose, Morbus Brightii chronicus etc. kann Nasenbluten

mit und ohne weiterer Veranlassung zu Stande kommen. Ist der Grad kein hoher und ist die Constitution des Kranken noch nicht sichtlich untergraben, so bringt dasselbe manchmal wesentliche und dauerhafte Erleichterung. In späterer Zeit der chronischen Krankheiten ist es stets schlecht.

Im Verlaufe der Chlorose oder sonstiger Anämie ist es immer von Bedeutung, so wie und vorzüglich bei höheren Graden von scorbutischer Blutmischung immer gefährlich; theils nicht oder nicht leicht zu stillen und theils vom schlechtesten Einflusse auf Steigerung der Krankheit.

Man fürchtet noch Nasenbluten so wie andere Blutungen nach aussen, z. B. durch Blutegelstiche etc. bei den sogenannten Blutern.

Die Gelegenheitsursachen unter den bereits genannten Umständen oder auch ohne diesen können sein: mechanische Einwirkungen (Stoss, Fall etc.), körperliche Anstrengungen, heftige Anfälle von Husten, Keuchhusten, stärkere Hyperämien zum Kopf durch den Genuss von Wein etc., verringerter Luftdruck (beim Bergsteigen) etc. etc.

In den meisten Fällen ist somit das Nasenbluten ein secundärer, seltener ein primärer Zustand. Auch wird Nasenbluten vicariirend für Menstrualblutung angeführt, und soll bei jüngeren Individuen als solches häufiger zu beobachten sein (?).

Die Prognose ist nicht immer günstig. Bei Anämischen oder Scorbutischen ist Nasenbluten immer ein bedenklicher Zustand; wiederholt sich dasselbe öfter, lässt es sich nicht leicht stillen, oder war der Grad der Anämie, des Scorbuts schon früher ein hoher, dann ist die Prognose immer ungünstig; und am schlechtesten dann, wenn solche anämisch-scorbutische Zustände mit, oder nach anderen acuten Prozessen rasch zur Ausbildung gelangen; — da ist häufig Nasenbluten das erste Zeichen der nun rasch folgenden Blutungen und der lethal verlaufenden Anämie etc.

Therapie.

Leichtere Grade activer Epistaxis erfordern temporäre Ruhe und manchmal Aufschnupfen von kalten oder mit Essig gemischten Wasser.

Bei höheren Graden macht man kalte Umschläge auf die Stirne, in den Nacken und auf die Geschlechtstheile; man gibt kühlendes Getränk mit Nitrum oder Säuren; lässt Essig, Alaunlösung einspritzen; bei habituellen, heftigeren Blutungen sind kühlende Abführmittel, magere Kost zur Zeit der Blutungen und auch Hautreize nothwendig.

Wo wegen höherer Grade der Blutung sich eine stärkere Anämie

herausbildet, oder wo letztere schon vor der Blutung zugegen war, werden die stärkeren und stärksten Styptica bald einzelne, bald mehrere derselben in verschiedenen, meist kurzen Zwischenräumen und immer äusserlich sowohl, als innerlich anzuwenden sein.

Hieher gehören innerlich: Elixirium acidum Halleri, Alaun, Tannin, Ergotin, (letztere 3 in Verbindung, oder bei geringeren Graden Alaun allein oder mit Tannin etc) Terpentinöl (20—30 Tropfen alle 2—3 Stunden, in neuester Zeit wieder von Hannon empfohlen), Bleizucker mit Opium.

Aeusserlich die Kälte wie oben angegeben, Einspritzungen oder Tamponade mit Lösungen von Alaun, Ergotin, Benzoësäure (oder letztere in Verbindung), Zinkvitriol, Aqua vulneraria acida, Creosot, Alkohol mit Wasser gemischt etc.

Genügt die Tamponade der vorderen Nasenöffnung nicht, so muss auch die Tamponade der hinteren Nasenöffnung mittelst der Bellocque'schen Röhre vorgenommen werden (ein bei weitem schwierigerer Akt und stärkerer Eingriff, als man gewöhnlich glaubt). Der Kopf muss erhöht gelagert sein, der Kranke ruhig bleiben. Viel Werth wird auf die Lagerung der Arme und Hände von manchen Aerzten gelegt.

Die Hand der betreffenden Seite (wo die Blutung stattfindet), und im Nothfalle auch beide Hände sollen über den Kopf geschlagen, längere Zeit ruhig gehalten werden.

Gleichzeitig muss auf höhere Grade der Anämie Rücksicht genommen, dem Kranken Milch, Suppe, leichte Stimulantia nebstbei, oder inzwischen gegeben werden.

B. Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.

I. Catarrh des Kehlkopfes und der Luftröhre, catarrhalische Entzündung des Kehlkopfes etc. Laryngitis et tracheitis catarrhosa.

Die anatomischen Charaktere sind die des Catarrhs überhaupt.

Catarrh des Kehlkopfes besteht selten allein, die Schleimhaut der Trachea, so wie andererseits die der Rachenhöhle ist mit betheiligt.

Er ist bald acut, bald chronisch, und als solcher manchmal bloss auf die Schleimhaut des Larynx beschränkt.

Krankheitsbild.

Geringe Grade der acuten Form verlaufen ohne Fieber. Die Localsymptome wechseln ebenfalls sehr nach dem Grade, doch sind auch bei den geringsten Graden gewöhnlich: rauhe, heisere Stimme, zeitweiser trockener oder vom serösen schaumigen Sputum begleiteter Husten, Kitzeln und Kratzen im Kehlkopfe zugegen; bald hören alle Symptome mit einem Male auf, oder der Husten und die Heiserkeit sind zeitweise noch im geringen Grade vorhanden, das Sputum wird dick, gelblich, grün etc.

Höhere Grade des Kehlkopf-Catarrhs (catarrhalische Entzündung) sind stets vom Fieber begleitet, welches auch mitunter starke Exacerbationen macht. Der Kranke wird fortwährend von einem lästigen Gefühle im Kehlkopfe (Drücken, Stechen, Kitzeln etc.) belästiget, welches ihn häufig, auch ohne weitere Veranlassung zum Husten zwingt, und hierauf für einige Zeit nachlässt. Der Husten ist häufig, kurz, helltönend (pfeifend, bellend), und kommt anfallsweise; diese Anfälle kommen von selbst, oder werden durch die geringste Veranlassung: Versuche zu sprechen, zu trinken, Bewegung des Körpers, Einathmen kälterer Luft, Druck auf den Kehlkopf hervorgerufen; im Anfalle des Hustens ist derselbe die längste Zeit trocken, erst später wird er feucht (rasselnd), die Quantität des Sputums ist sehr gering, und demselben sind manchmal Blutstreifen beigemischt.

Die Stimme ist klanglos, heiser, zwischendurch manchmal rauh zischend, in seltenen Fällen gänzliche Stimmlosigkeit.

Percussion des Thorax ist normal; die Auscultation ergibt häufig in den Zwischenzeiten des Hustens gar nichts Abnormes, manchmal rauheres, schwächeres Athmungsgeräusch.

Manchmal ist ein stärkeres Zischen am Kehlkopf mit freiem Ohre bei der Inspiration zu hören.

Der Kehlkopf ist gegen äusseren Druck mehr weniger empfindlich.

Ferner nach der mannigfachen Ausbreitung des Prozesses: Schlingbeschwerden, Schmerz im Halse, ein schmerzhaftes, kitzelndes oder kratzendes Gefühl, welches bei der In- und Exspiration längs der Trachea ab- und aufsteigt.

Abends bis gegen Mitternacht sind die Zufälle alle heftiger, am Morgen lassen sie nach.

Die Anfälle des krampfhaften Hustens steigern sich bei Kindern

nicht selten zur Dyspnoe, und stellen das täuschende Bild eines Croup (Pseudo-Croup) dar.

Im Verlaufe werden die Husten-Anfälle seltener, dauern nicht lange, der Husten ist rasselnd, das Sputum etwas mehr, kleingeformt und dicklich. Die subjectiven Symptome gehen meist rasch zurück; heisere Stimme bleibt länger, oder stellt sich nur zeitweise noch ein.

Der chronische Catarrh, am häufigsten die Fortsetzung des acuten, hat im Allgemeinen dieselben Zeichen, nur ist der Grad derselben ein geringerer. Mannigfache subjective Störungen, verschiedene Grade der Heiserkeit bis zur Aphonie, Hustenanfälle des Morgens und des Abends, erschwertes Athmen bei stärkeren Bewegungen und Anstrengungen, manchmal asthmatische Anfälle.

In anderen Fällen bleibt blos Heiserkeit mit auffallender temporärer Besserung, und es treten nur Husten, Schmerz etc. bei neuen Veranlassungen hiezu auf.

Aetiologie.

Ist häufiger bei Kindern, und da nicht selten epidemisch.

Bei Erwachsenen erreicht er als substantiver selten höhere Grade, doch manchmal kommen auch solche nach Verkühlungen vor.

Häufiger ist er Begleiter oder Nachkrankheit der Masern, der Blattern, und als Nachkrankheit bei Pneumonie und Pleuritis auch manchmal bedeutend.

Der chronische begleitet die verschiedenen destructiven Prozesse des Kehlkopfes, ferner die Lungentuberculose und manchmal auch Herzkrankheiten. Er ist ferner auch zu treffen, und zwar mit verschiedenen acuten Verschlimmerungen bei Leuten, wo der Kehlkopf grossen Anstrengungen ausgesetzt ist, z. B. Sängern, Schauspielern, etc. etc., bei gewissen Gewerben und Fabriksarbeitern, die fortwährend Staub einathmen.

Verlauf, Dauer.

Die acute Form verläuft meist schnell; da wo sie in die chronische übergeht, zieht sie sich ebenso wie letztere sehr in die Länge. Es liegt wohl diess zum grössten Theil in dem Umstande, dass die Schleimhaut des Kehlkopfes einer Menge von Schädlichkeiten immer direct ausgesetzt ist, der Husten auf die mannigfachste Art durch Reflex immer erzeugt wird, und selten auf die Dauer das gehörige Regime beobachtet wird.

Chronische Kehlkopfkatarrhe bestehen ohne weiteren Ursachen leicht in die Monate fort.

Ausgänge.

Bei Kindern manchmal in Croup, sonst geht der acute Catarrh in Genesung oder in die chronische Form über.

Die Folgen des chronischen Catarrhs sind Schleimpolypen, blumenkohlähnliche Epithelialwucherungen, Geschwüre (catarrhalische) und Verengerung des Larynx (Phthysis laryngea catarrhalis). Dauert daher derselbe zu lange, so ist auf die Gegenwart eines dieser Zustände zu schliessen (vide weiter unten: destructive Krankheiten des Kehlkopfes). Manchmal kommt Oedem des Larynx beim Catarrh zu Stande.

Tödtlich kann der Catarrh durch einen der genannten Folgezustände werden, und zwar plötzlich durch Oedem.

Aehnlichkeit: Chronischer Kehlkopf-Catarrh ist nicht leicht, oder gar nicht von den destructiven Formen zu unterscheiden, wie diess aus der Darstellung der letzteren hervorgehen wird.

Prognose.

Acute Catarrhe des Kehlkopfes sind in der Regel nicht gefährlich. Bei Kindern sind sie es nur durch die Zustände, die sie compliciren; oder dadurch, dass bei Vernachlässigung einfacher Catarrh zum Croup gesteigert werden kann.

Chronische Catarrhe des Kehlkopfes sind stets von Bedeutung, und zwar je länger sie dauern, desto mehr. Weniger sind sie noch durch die aus ihnen sich herausbildenden Zustände von dieser Bedeutung, als dadurch, dass mit diesen Zeichen auch alle anderen destructiven Prozesse des Kehlkopfes einhergehen können.

Therapie.

Die acute Form erheischt ein strenges Regime: gleichmässige Temperatur der Luft, des Getränkes, warme Einhüllung des Halses, Patient soll nicht sprechen etc. Warme Umschläge auf den Hals, Fetteinreibungen oder das Auflegen von mit Fett bestrichenen Lappen sind vom grossen Nutzen.

Bei keinem Catarrh wird der Husten durch directe und reflectirte Reize so gesteigert, und immer wieder erneuert, als bei Larynx-Catarrh, daher hier innerlich für Erwachsene Morphium ($^1/_8$—$^1/_6$ Gran anfangs alle 3—4 Stunden, später vor dem Hustenanfalle genommen) das Beste ist; und man kann nebstbei Emulsionen, und nach Umständen leichte Abführmittel oder etwas Tartarus emeticus geben.

Bei stärkeren und anhaltenden Entzündungs-Symptomen sind manchmal locale Blutentziehungen, kalte Umschläge etc. nothwendig.

Bei Kindern: kleine Gaben Calomel oder etwas Hydromel in-

fantum und nach der Heftigkeit des Hustens: Mandelmilch, gebrannter Zucker, Aqua laurocerasi und in heftigen Fällen kleine Gaben Morphin.

Ist der acute Catarrh ganz abgelaufen, so sind kalte Waschungen des Halses (täglich) gegen Rezidiven das Sicherste.

Der chronische Catarrh macht manchmal auch die hustenbeschwichtigenden oder schleimigen Mittel durch einige Zeit nothwendig. Gegen den anhaltenden oder sehr häufigen Hustenreiz gebe man Extractum liquiritiae oder kleine Dosen Morphin.

Im Allgemeinen hat man ein gleichmässiges Warmhalten und Ruhe des Kehlkopfes zu beobachten: der Kranke meide das Einathmen kalter, trockener oder verunreinigter Luft, das laute und anhaltende Sprechen, erhitzende Getränke, Gewürze, stärkere Anstrengungen und Verkühlungen.

Zur Heilung des Prozesses versucht man Plumerische Pulver (am besten mit Morphium), Salmiak, Hepar sulfuris, Jodkali, schwefelhältige Mineralwässer; dann Leberthran, die Häringsmilch, Austern, Austernsuppe, balsamische Mittel: Terpentin, Copaiva, etc.; die Polygala Senega; Vesicantien, scharfe Salben, (Tartarus emeticus Salbe oder Oleum crotonis mit Oleum olivarum) auf den Hals; Salmiak oder Alaun in Lösung als Gurgelwasser; das Einathmen verschiedener Dämpfe. Auch das Cauterisiren der Kehlkopfschleimhaut mit Lapislösung ist empfohlen.

Die phlegmonöse und submucöse Entzündung des Larynx mancher Auctoren lässt sich klinisch von höheren Graden der catarrhalischen nicht trennen.

Die Entzündung der Knorpelhäute (Perichondritis laryngea et trachealis) ist häufiger umschrieben als ausgebreitet und häufiger secundär. Sie kann zur Abscessbildung, zur Necrosirung und Durchbohrung der Knorpel führen. (Phthysis laryngea rheumatica der älteren Aerzte.)

Ihre Symptome sind nicht constant; sie verläuft auch ohne alle Zeichen, und man erkennt ihr Dasein erst aus den sich bildenden Abscessen, oder es sind die Zeichen eines umschriebenen Reizungsprocesses (bald mehr acut und anhaltend, bald mehr aussetzend) vorhanden.

Die Entzündung des den Kehlkopf umgebenden Zellgewebes, Perilaryngitis.

Nach dem Sitze und dem Grade des Leidens sind die Zeichen bald aussen sichtbar und hochgradig, bald undeutlich und unbestimmt wie bei der früheren Form. Das Erstere findet sich bei primären Entzündungen der Ohrspeicheldrüse, bei tuberculöser Infiltration der Drüsen und des Zellgewebes am Halse etc.

Auch die Kehldeckelentzündung, Epiglottitis, wird speziell abgehandelt.

Als alleinige Affection des Kehlkopfes kommt sie bei Mandelentzündungen, beim Fortschreiten der Syphilis von den Rachengebilden aus vor.

Im ersten Falle diagnosticirt man sie aus dem Schmerze daselbst, der durch Druck, Schlingversuche etc. gesteigert wird, aus dem Umstande, dass Flüssigkeiten nicht geschluckt werden können, sondern unter Anregung eines stärkeren Hustens durch die Nase zurückgestossen werden; durch grössere Behinderung des Athmens; und manchmal sieht man auch den oberen Rand des Kehldeckels als rothe , gespannte Geschwulst emporstehen.

Bei höheren, das Athmen stark beeinträchtigenden Graden werden Scarifikationen des Kehldeckels gelobt. Nur vergesse man nicht hiebei, dasselbe an den stark geschwellten Mandeln auch zu thun.

II. Der Kehlkopf-Croup eigentlich Croup des Kehlkopfes und der Trachea. Die häutige Bräune, Angina membranacea, Laryngitis exsudativa seu diphtheritica.

Croup ist jeder exsudative Prozess der Schleimhaut mit mehr plastischem, fibrinhaltigem Exsudate. Croup der Larynx-Schleimhaut wie er bei Kindern häufig vorkommt, wird vorzugsweise als Croup bezeichnet.

Nie ist es jedoch die Schleimhaut des Kehlkopfes allein, welche der Sitz der Exsudation ist, sondern die Trachea und manchmal auch die Bronchi nehmen daran Theil. Andererseits ist meistens Schwellung und Exsudation der Mandeln, manchmal auch der Nasenhöhlenschleimhaut vorhanden.

Das Exsudat erscheint an den meisten der genannten Stellen inselförmig, in Form kleinerer und grösserer Streifen und Lappen, in der Trachea oder den Bronchis gerinnt es auch zu festen cylindrischen Röhren. Seine Farbe und Consistenz ist verschieden, es ist weissgelblich, grünlich etc.; die Consistenz fest, lederartig oder milchrahmartig dünn ; ebenso ist die Dicke der Exsudatschichten verschieden. Der submucöse Zellstoff darunter ist im Zustande der serösen Infiltration. Die Schleimhaut bald hyperämisch, bald blass; das Exsudat hängt bald lose, bald fest an der unterliegenden Schleimhaut.

Krankheitsbild.

Die Krankheit fängt gewöhnlich mit Catarrh der Rachenhöhle oder des Kehlkopfes und mit leichtem Fieber an. (Die Stimme manchmal schon heiser, Schlingbeschwerden, Anfälle vom trockenen, kurzen Husten.)

Nach unbestimmter Dauer dieser Zufälle (oder auch ohne ihnen) tritt gewöhnlich mit einem Male, am häufigsten zur Zeit des sonst

exacerbirenden Hustens (also Abends oder Nachts) ein heftigerer Hustenanfall ein, mit welchem eine eigenthümliche Veränderung der Stimme, grosse Dyspnoe, stärkeres Fieber und meist auch Schmerzgefühl im Kehlkopf verbunden ist.

Der Husten ist bellend, kurz und trocken, die Inspiration dabei immer sehr mühsam und vom trockenen, zischendem Geräusche begleitet.

Die Kinder sind in grosser Angst und Athemnoth, sitzen auf, suchen den Kopf oder Rumpf zu stützen, greifen nach dem Kehlkopfe, versuchen in den Zwischenzeiten des Hustens zu klagen, sie weinen, und da zeigt sich die eigenthümliche Veränderung der Stimme, welche sich nicht beschreiben, aber einmal gehört, auch nicht mehr vergessen lässt. Es ist ein kreischendes Geräusch, dem Krähen junger Hähne noch am ähnlichsten.

Die Respiration ist sehr mühsam, der Kehlkopf wird gewaltsam hinauf- und heruntergezogen, der Kehlkopf, so wie die Gegend der Mandeln etc. sehr empfindlich.

Das Fieber ist stark; das Gesicht hyperämisch, oder bei längerer Dauer des Anfalles cyanotisch.

Nach kürzerer oder längerer Dauer des sogenannten Anfalles (innerhalb welchem aber mehrere Hustenanfälle stattgefunden haben) lässt meistens der Husten auffallend nach, so, dass er auch für längere Zeit ganz aussetzt; aber die veränderte Stimme, die Dyspnoe, die Unruhe des Kranken, die sonore, zischende Inspiration, so wie stärkeres Fieber dauern fort, wenn auch ihr Grad in den Zwischenzeiten des Hustens nicht derselbe ist.

Beim sehr acuten, lethalen Verlaufe folgen die grösseren Hustenanfälle rasch, die Dyspnoe steigt, endlich hört der Husten auf, das Athmen ist sehr mühsam und beschleunigt, die Kinder werden stimmlos, nur das zischende Inspiriren, welches jetzt sehr lang gezogen ist und auch ein lautes Tracheal-Rasseln wird gehört. Die Cyanose und der Collapsus des Gesichtes nimmt zu, die Pulsfrequenz ist sehr gross, der Puls klein, die Extremitäten werden kalt etc.

Bei mässiger Exsudation und weiterem günstigen Verlaufe liegen sie ein paar, auch mehrere Tage im fieberhaften, leicht soporösen Zustande mit periodisch verstärkter Dyspnoe, periodischem, anfangs noch immer trockenem, später feuchtem Husten und dem lauten kreischenden Inspiriren, dem gewaltsamen Auf- und Absteigen des Kehlkopfes da. Abends und Nachts ist immer Exacerbation zu bemerken. Zuletzt wird der Husten häufiger, die Nase feucht, Schleim und Exsu-

datmassen werden (bei grösseren Kindern) ausgeworfen, die übrigen Symptome gehen rasch zurück.

Ein künstliches oder zufälliges Erbrechen kann aber in der ersten Zeit den Prozess schneller beendigen, ja rasch coupieren, so wie im späteren Verlaufe dasselbe, wenn auch nicht völligen Stillstand der Exsudation, doch jedesmal wesentliche Erleichterung verschafft, sobald durch dasselbe die angegebenen Exsudate herausbefördert werden.

Als ganz leichte Croupfälle werden auch solche angeführt, wo die Kinder an heiserer Stimme und bellendem (Hunds-) Husten einige Tage leiden, etwas fiebern und Nachts (entweder bloss eine Nacht oder ein paar Nächte) einen leichteren Anfall von Husten oder Dyspnoe durchmachen (?).

Aetiologie.

Dieser Croup ist eine Krankheit der Kinder, gewöhnlich vom 2. — 7. Lebensjahre und ist häufiger bei Knaben.

Er herrscht manchmal epidemisch, ist im Norden und in feuchten Gegenden mehr zu Hause und wird als erblich in manchen Familien angeführt.

Gelegenheitsursache sind vorzüglich Verkühlungen.

Secundär kann er nach Exanthemen, besonders Scharlach und Masern, aber auch gleich in ihren ersten Stadien erscheinen.

Verlauf und Dauer.

Der Verlauf ist immer acut, beim günstigen oder ungünstigen Ausgang.

In den Anfällen des Hustens und der Erstickungsgefahr liegt etwas Typisches; und es werden auch in leichteren Fällen förmliche Intermissionen beobachtet. In der Regel ist der Verlauf ein continuirlicher, besonders bei den der heftigeren Formen.

In Tropenländern und Wechselfiebergegenden mag auch der Verlauf des Croups ein intermittirender sein können.

Die Dauer variirt zwischen 5—10 Tagen.

Ausgänge.

1. Genesung. Ist am Anfange (also vor der Exsudation) ebenso, wie nach bereits erfolgter Exsudation möglich. Das Exsudat wird in grösseren Parthien herausgeworfen oder hinabgeschluckt; oder beim mehr langsamen Gange aufgelöst und allmählig entfernt.

Schweiss, reichliche Secretion der Nasenschleimhaut, reichlicher, sedimentirender Harn gehören zu den Krisen. Nasenbluten kann anfangs vom grossen Vortheile sein; vom Erbrechen wurde dasselbe bereits gesagt.

Die Rezidiven, von welchen mehrere Aerzte sprechen, sind wohl nur Catarrhe mit Crouphusten (Pseudocroup). Nur ist es wichtig, darauf aufmerksam zu machen, dass, wenn nach einmaliger Herausbeförderung von Exsudatmassen auffallende Besserung eintritt, man nicht den ganzen Prozess schon als beendigt ansehen darf. Man warte den Verlauf der Krisen, das Aufhören des Fiebers etc. ab.

2. Der Tod ist ein häufiger Ausgang. Derselbe erfolgt entweder in Folge der Stimmritzenkrämpfe oder in Folge der Exsudation, welche die Luftwege verstopft.

Ich habe nach 18stündiger Dauer den Tod eintreten gesehen, und schon bedeutende Exsudation in der Trachea und dem Larynx gefunden.

Complicationen.

Ausser den bereits angeführten Exanthemen ist noch die Tuberculose anzuführen, weil Croup auch bei tuberculösen Kindern vorkommen kann. Im Verlaufe kann sich Lungen-Oedem und Pneumonie ausbilden.

Diagnose.

Der Croup wird durch die heftigen Husten-Anfälle, durch das eigenthümliche Geräusch der Inspiration und der Stimme, durch die starke Dyspnoe und das Fieber charakterisirt; der Mangel vollständiger Intermissionen der Dyspnoe, des Fiebers und die bleibende Veränderung der Stimme auch in der Remissionszeit sichern die Diagnose auf Exsudation, auch ohne dass die plastischen Exsudate ausgeworfen werden.

Prognose.

Hängt ab vom Zeitraume und der Ausbreitung des Prozesses, so wie von der Complication und dem Alter des Kranken.

Vernachlässigung des Catarrhs am Anfange, ausgebreitete und rasch erfolgende Exsudation, zu frühes Alter der Kinder, Complication mit Tuberkel oder dem ersten Stadium der exanthematischen Prozesse sind die ungünstigen Momente.

Man beachte jeden Kehlkopf-Catarrh der Kinder; aus jedem Catarrh kann Croup entstehen. Heiserkeit der Kinder mit bellendem Husten ist daher stets von Bedeutung.

Die Angaben in Hinsicht der Mortalitäts-Verhältnisse sind sehr abweichend, weil durchwegs sowohl in der Literatur, wie in der Praxis verschiedene Zustände unter Croup zusammengenommen werden, aber auch nicht leicht zu sondern sind; man kann doch nicht der richtigen Diagnose wegen auf die greifbare Exsudation warten.

Therapie.

Wie schon gesagt, sind die Zeichen eines stärkeren Laryngeal-Catarrhs bei Kindern nie zu übersehen. Heisere Stimme und trockener, bellender Husten, wenn er auch noch so selten kommt, und das Kind sich dabei ganz wohl fühlt, muss zur Einleitung eines strengen Regime's auffordern. Dieses, ein leichtes Diaphoreticum oder Mandelmilch, und bei stärkeren Kindern mit etwas Gefässaufregung u. dgl. einige Gran Calomel, so wie bei irgend stärkeren Hustenanfällen kleine Gaben Morphium oder etwas Aqua laurocerasi sind unter solchen Umständen angezeigt.

Calomel ($^1/_2$—1 Gran pro dosi) macht häufig nach einigen Dosen ein ganz leichtes und ausgiebiges Erbrechen, welches ja bei allen Croupfällen so sehr gewünscht und gerne gesehen wird.

Ist dieser Zeitraum versäumt, oder kommt der Croup plötzlich mit einem starken Husten und Erstickungsanfall zum Ausbruche, so sucht man durch grössere Gaben eines Brechmittels schnell und sicher Erbrechen einzuleiten.

Tartarus emeticus ($^1/_6$—$^1/_3$ Gran pro dosi) allein oder mit Ipecacuanha, Cuprum sulfuricum (3—5 Gran) und Zincum sulfuricum (5—10 Gran) sind die gebräuchlichsten Brechmittel.

Der Tartarus emeticus wird wegen seiner Diarrhoe erzeugenden Wirkung nicht gerne gegeben, dem Cuprum sulfuricum gibt man häufig darum den Vorzug, weil es nach erfolgtem Erbrechen und darauf eingetretenem Nachlasse der Symptome noch länger fortgegeben, dasjenige Mittel sein soll, welches die weitere Exsudation (also neue Anfälle, neue Verschlimmerung) am sichersten aufhält.

In jedem Falle kann das Erbrechen auf mechanische Weise (durch Reizung mittelst eines Federbartes etc.) unterstützt werden.

Ist das Erbrechen erfolgt, und mit ihm ein auffallender Nachlass der Symptome; so beschränkt man sich auf strenges Regime und auf kleine Gaben Tartarus stibiatus (wenn nicht schon Diarrhoe eingetreten ist); oder auf eine schwache Lösung des schwefelsauren Kupfers, welches theelöffelweise (alle oder jede 2. Stunde) fortgenommen wird.

Um so gewisser muss mit dem einen oder anderen der genannten Mittel fortgesetzt werden, wenn der Nachlass kein so auffallender ist, und die Zeichen mässiger Exsudation fortdauern.

Hier unterstützt man nun die innere Behandlung auch durch äussere Mittel; entweder macht man kalte Umschläge auf den Hals (bei stärkerer Hyperämie, grösserer Schwellung der äusseren Theile), oder feuchtwarme (ausgewundene feuchtkalte Tücher etc.), lässt zeit-

10 *

weise Unguentum mercuriale einreiben, und nach Umständen etwas entfernter (am oberen Theil des Sternum) ein Vesicans setzen.

Bei neuen Anfällen von Husten und Erstickungsgefahr ist wieder eine grössere Dosis des Brechmittels zu geben. Narcotica leisten gegen diese Anfälle bei croupöser Exsudation nichts Wesentliches; doch ist auf deren Anwendung nicht ganz zu vergessen dann, wenn häufiger Hustenreiz fortbesteht, die Hustenanfälle mehr durch äussere Momente bedingt, und die anderen Symptome: Dyspnoe, Inspirationsgeräusch nicht gleichzeitig gesteigert werden. Ebenso bleibt Morphium oder Aqua laurocerasi (oder beide) das Beste, wenn nach beendigter Exsudation stärkerer Catarrh mit grossem Hustenreize fortbesteht.

Bei zeitweisen Exacerbationen des Fiebers im Verlaufe wird sich nebstbei manchmal die Indication für Senfteige auf die Füsse, kalte Umschläge auf den Kopf, — bei gleichzeitiger Stuhlverstopfung für ein Klystier, Stuhlzäpfchen oder einige Löffel Kindermeth ergeben.

Andere übliche Behandlungsweisen sind: Die Anwendung einer grösseren Zahl von Blutegel gleich am Anfange des Anfalles. Hier leisten sie nicht das Gewünschte, und es dürfte die günstigste Zeit für das Emeticum versäumt werden. Blutegel sind anzurathen bei sehr plethorischen Kindern, stärkeren Hyperämien zum Gehirne und noch vor dem Croup-Anfalle zur Zeit, wo sich an der Rachenhöhlenschleimhaut und den Mandeln Geschwulst und Exsudat zeigt.

Grössere Dosen Calomel fortgesetzt durch den weiteren Verlauf, oder Calomel abwechselnd mit Alaun, die innerliche Anwendung von Kali carbonicum, von Kalischwefelleber, Opium in grösserer Gabe, Einathmen von Wasserdämpfen oder den Dämpfen der Salzsäure, die im Krankenzimmer entwickelt werden sollen, reichliche und allgemeinere Einreibungen von Quecksilbersalbe, die Cauterisation des Larynx mit Lapis infernalis. (Diese Aetzung wird auch vorgeschlagen zur Beschränkung des Prozesses auf den Mandeln, dem Pharynx, wenn derselbe hier früher anfängt).

Der Tracheotomie wird auch von Einigen das Wort gesprochen; doch sind die Resultate derselben nicht einladend; weil am Anfange der Krankheit sie wohl Niemand wird machen wollen, und später auch durch sie nicht Hilfe geschafft wird.

Ebenso wenig ist im weiteren ungünstigen Verlaufe (bei grossem Collapsus, bevorstehender Erstickung etc.) von dem Gebrauche der Stimulantia zu erwarten; doch will man auch hievon, so wie von dem Einschlagen des Kranken in nasskalte Tücher in diesem Stadium noch gute Erfolge gesehen haben.

Die Reconvalescenz erfordert strenge Berücksichtigung des Catarrhs und vorsichtige Ernährung und Kräftigung durch gute, nicht reizende Kost.

Medikamente werden wohl selten nöthig sein; ausser bei Anämischen etwas Eisen, bei Tuberculösen Fischthran etc.

1. Laryngealcroup der Erwachsenen ist viel seltener und eine Theilerscheinung bei anderen Entzündungsformen oder Nachkrankheit auch bei Exanthemen.

Seine Symptome sind nicht wesentlich verschieden von der catarrhalischen Laryngitis, seine Ausdehnung nie gross, und die Diagnose nur dann zu machen, wenn man diphtheritischen Prozess an der Rachenhöhlen-Schleimhaut etc. sieht.

2. Pseudocroup, falscher Croup, ist eigentlich Laryngeal-Catarrh der Kinder mit periodischen stärkeren Hustenanfällen, die mit geringem Glottiskrampf (zischender Inspiration) verlaufen (Schafhusten); dieses zischende Geräusch hängt auch manchmal der Stimme an etc. etc.

Stärkere solche Anfälle, wenn sie plötzlich eintreten, sind auch im Momente nicht leicht vom beginnenden Croup zu scheiden.

3. Auch ohne Catarrh stellt sich manchmal ein stärkerer Hustenanfall bei Kindern des Nachts ein. In manchen Fällen ist das Austrocknen der Schleimhaut die Ursache, und die Ungeschicklichkeit der aus dem Schlafe geweckten, weinenden Kinder trägt das Ihrige bei.

Aber auch periodische, streng typische Anfälle kommen des Nachts (periodischer Nachthusten) häufiger bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen vor, dauern 1—2 Stunden; am Tage ist der Patient hustenfrei oder es sind die geringsten Spuren eines Catarrhs vorhanden.

Bei Kindern könnten solche Anfälle für Croup gehalten werden, und es werden auch die Kleinen bei längerer Dauer dieses Hustens manchmal geschwächt.

Chinin macht diese Anfälle verschwinden, welche jedoch mit Intermittens auch das gemein haben, dass sie gerne rezidiviren.

III. Krampf der Stimmritze, Spasmus glottidis,

gehört zu den tonischen Krämpfen, und gibt sich durch vorübergehende Anfälle von Erstickungsgefahr zu erkennen, welche periodisch in verschiedenen Zwischenräumen kommen, bald nur einzeln, bald deren mehrere.

Dem ganzen Verlaufe nach ist er bald acut, bald chronisch.

Die geringsten Grade desselben sind das Ausbleiben oder Steckenbleiben der Kinder beim anhaltenden Weinen, das Sichverfangen nach Einwirkung scharfer Luft.

Seine Synonyma sind: Asthma laryngeum infantum, Asthma

thymicum Koppii, Asthma acutum Millari, Pseudocroup, Juchkrampf, Athemeinhalten, Ausbleiben, etc.

Sein charakteristisches Zeichen ist eine plötzliche Unterbrechung, ein Einhalten des Athmens während einiger Augenblicke oder einiger Minuten, worauf die Kinder wieder mit einem krähenden Athemzuge (Juchschrei) zu Athem kommen.

Die Anfälle kommen plötzlich, und fangen mit einer pfeifenden, krähenden, gewaltsamen, manchmal in mehreren Zügen unterbrochenen Inspiration an, (die Luft wird nur gewaltsam durch die verengte Stimmritze durchgezogen), und hierauf steht das Athmen still; mit den heftigsten Anstrengungen schnappen die Kinder nach Luft, werden blass oder cyanotisch; kalter Schweiss tritt auf die Stirne, der Mund steht offen, der Puls ist kleiner und beschleunigt oder normal. Nach der Dauer von einer oder einigen Minuten löst sich der Krampf, die nächstfolgende Exspiration ist laut (schreiend, krähend etc.).

Höhere Grade zeichnen sich nicht nur durch die Häufigkeit der Anfälle, sondern auch dadurch aus, dass in den Anfällen Contracturen der Extremitäten (Hand- und Fussgelenke biegen sich einwärts, die Daumen werden nach innen gezogen, die Augen sind stier etc.), seltener Convulsionen hinzutreten; Harn- und Stuhlentleerungen erfolgen unwillkührlich, der Herzschlag wird aussetzend, unregelmässig.

Geringe Grade des Stimmritzenkrampfes, wie sie bei Kehlkopfcatarrhen vorkommen, lassen bloss am Anfange des Hustens, des Weinens, Schreiens etc. beim Inspiriren das gewaltsame, zischende Geräusch vernehmen.

Die Zahl der Anfälle, auch ihre Dauer ist ganz verschieden. Manchmal ein Anfall, oder einige Tage hindurch jedesmal einer; und hiemit ist es beendet. In anderen Fällen anfangs seltenere und kürzere, später längere und häufigere Anfälle, so dass sie des Tags auf 30 und darüber sich einstellen können. Vereinzelnte Anfälle stellen sich gewöhnlich plötzlich, und häufiger bei Nacht ein, das Kind wacht gegen Mitternacht auf, fängt zu schreien an, und dann folgt der Krampfanfall. So stellt er sich auch ein nach Schreck, Aerger, Lachen, Verschlucken beim Trinken, nach Erkältung; in anderen Fällen endlich auch ohne Veranlassung.

Manchmal sind die ersten Anfälle gleich sehr heftig; es kann der erste, zweite etc. tödtlich sein (doch sehr selten), oder die Entwicklung geht langsam; die ersten Anfälle sind die schwächsten, werden auch nicht immer beachtet, und beim chronischen Verlaufe braucht es auch Wochen bis die Anfälle eine grössere Höhe erreichen.

Aetiologie.

Am meisten kommt er bei Kindern zwischen dem 6. — 18. Monate vor, nach dem 3. Jahre nur selten mehr; bei Knaben ist er häufiger. Er ist in manchen Familien erblich, und gewöhnlich sind es schwächliche, blasse Kinder, die davon befallen werden.

Er kommt vor, wie schon gesagt, ohne weiterem Leiden nach einer der angegebenen Veranlassungen; oder er gesellt sich zu Verdauungsstörungen, zu Catarrhen; kommt im Verlaufe der Masern, bei Keuchhusten und Croup vor. Ferner wird er bei tuberculösen Anschwellungen der Drüsen, hypertrophirter Schilddrüse, zu grosser Thymusdrüse beobachtet, ebenso bei Hyperämien des Gehirns (Zahnen), bei Anämie des Gehirns, bei Hydrocephalus und bei Rhachitismus.

Die Gelegenheitsursachen für die einzelnen Anfälle sind schon angegeben.

Das Ausbleiben des Athems kommt bei boshaften, zornigen, ungezogenen Kindern häufig vor.

Der Verlauf, die Dauer und die Ausgänge sind nach den angegebenen Zuständen, deren Symptom oder Folge der Glottiskrampf ist, ganz verschieden.

Manchmal verläuft er ganz acut neben acuten Prozessen; oder einzelne Anfälle werden bei schwächlichen oder sehr reizbaren Kindern durch die angegebenen Gelegenheitsursachen hervorgebracht.

In anderen Fällen braucht es ein paar Wochen, bis sich keine weiteren Anfälle einstellen; in noch anderen geht es in die Monate.

Die Rezidiven sind häufig und erfolgen zu ganz unbestimmten Zeiten.

In den vom Krampf freien Intervallen ist das Befinden der Patienten nicht getrübt, wenn es nicht der sonst noch bestehende Prozess anders mit sich bringt. Es geht weder eine Veränderung der Stimme, noch besonderer Husten etc. neben diesen Anfällen einher. Nur bei langer Dauer und grösserer Häufigkeit der Anfälle bleiben die Kinder in der Zwischenzeit hinfällig, schwach, werden anämisch, tabescieren.

Tödtlich kann dieser Krampf werden durch die lange Dauer seiner Anfälle (entweder durch Asphyxie oder durch Hirnapoplexie), oder durch allmälige Erschöpfung und Tabes; wenn nicht mittlerweilen die primäre Krankheit dem Leben ein Ende gemacht hat.

Aehnlichkeit.

Es handelt sich zunächst um die Verwechslung mit Croup, welche

in den Fällen am leichtesten ist, wo Catarrh mit oder ohne Fieber neben dem Glottiskrampf besteht, (der eigentliche Pseudocroup). Das geringe oder fehlende Fieber, die geringeren Anfälle von Husten, die deutlichen Intermissionen im Husten und in der Dyspnoe stützen für die Folge die Diagnose, welche im ersten Anfalle oft nicht leicht möglich ist.

Im weiteren Verlaufe, so wie wo kein Catarrh und Fieber besteht, ist die Verwechslung nicht leicht möglich. Das fehlende Fieber und die periodischen Erstickungsanfälle mit deutlichen Intermissionen (ohne Husten, Heiserkeit, Athemnoth etc.) sichern hier die Diagnose.

Die Prognose ist grösstentheils von dem Grundleiden abhängig. Sonst sind sehr geschwächte, cachectische Kinder übler daran, und zwar je jünger sie sind. Je länger die Anfälle schon dauern, um so schlechter. Die, welche von Hydrocephalus, höheren Graden des Rhachitismus und der Tuberculose unterhalten werden, sind die schlechtesten.

Therapie.

Im Anfalle des Krampfes ist man gewöhnlich auf äussere Mittel beschränkt, man bringt das Kind in aufrechte Stellung, bespritzt Brust und Rücken mit kaltem Wasser, gebraucht Riechmittel, reizende Klystiere (mit Essig, Salz etc.).

Bei sehr schwächlichen Kindern wird äussere Wärme, Einschlagen der Füsse in Flanell, Frottierungen, Bäder mit Chamomilla, Essig, Lauge etc. angerathen; bei drohender Asphyxie Electricität und Lufteinblasen, bei drohender Apoplexie Blutegel (alles Eingreifende aber mit grosser Vorsicht).

In der Zwischenzeit ist entweder die complicirende ausgesprochene Krankheit oder die krankhafte Constitution des Kindes zu behandeln, und Alles entfernt zu halten, was als Gelegenheits-Ursache der Anfälle dienen könnte.

Bei den meisten chronischen Formen werden frische Luft, gute, leicht verdauliche Nahrung, Leberthran, Eisen, stärkende Bäder (wie bei Scropheln, Rhachitis etc.); äusserlich bei Anschwellungen der Drüsen, Kropf, grosser Thymusdrüse: Jodkali-Einreibungen, Bepinselungen mit Jodtinktur von Nutzen sein.

Nebstbei können zur Hintanhaltung häufiger Anfälle Antispastica in Gebrauch gezogen werden: Flores Zinci, Radix Ipecacuanhae, Pulvis Doweri, Morphium, Aqua laurocerasi.

IV. Oedem der Stimmritze, Glottis-Oedem, Oedema glottidis, Laryngitis oedematosa.

Ist eine seröse Infiltration der Schleimhaut und des submucösen Zellstoffes der Glottis, des Kehldeckels, der ligamenta aryepiglottica und der Kehlkopftaschen.

Die Ausbildung desselben geschieht gewöhnlich rasch. Es wird bei Erwachsenen häufiger, bei Kindern selten beobachtet. Dasselbe bildet sich nur (mit wenigen Ausnahmen) im Verlaufe anderer Prozesse aus, und da sind es wieder weniger die acuten entzündlichen Vorgänge, als die chronischen geschwürigen Prozesse des Kehlkopfes, bei welchen dasselbe häufiger zu Stande kommt.

Bei typhösen Geschwüren des Larynx, tuberculösen Zerstörungen daselbst, bei Necrose des Knorpels (nach umschriebener Perichondritis), ferner bei Zellgewebsentzündungen und Abscessbildungen sieht man es am häufigsten. Auch kommt es vor bei Croup, bei Exanthemen, bei Pneumonien, bei Morbus Brightii etc.

Bei Kindern soll es auch durch das Schlucken heisser Flüssigkeiten oder das Einathmen heisser Dämpfe entstehen.

Der Symptomen-Complex ist nun nach den bestehenden sonstigen Verhältnissen ein verschiedener. Die das Oedem bezeichnenden Symptome sind: heisere, klanglose Stimme, tiefes, auch rauhes, keuchendes Geräusch bei der Inspiration, die sehr mühsam vor sich geht, Druck und das Gefühl des Geschnürtwerdens im Larynx, erschwertes Athmen (wobei der Kehlkopf gewaltsam hinauf- und herabsteigt) mit periodischen Erstickungsanfällen. In manchen Fällen lässt sich die ödematöse Anschwellung hinter der Zungenwurzel deutlich fühlen, selbst sehen.

In der Mehrzahl der Fälle sind es durch vorausgegangene Prozesse: Typhus, Tuberculose etc. herabgekommene, abgemagerte Individuen, bei anderen (jungen, kräftigeren), wo ein entzündliches Leiden die Ursache des Oedems ist, ist anfangs Hyperämie, bald Cyanose der äusseren Theile, grosse Gefässaufregung etc. vorhanden. Geschwulst, Schmerz etc. am Halse ist nur bei Entzündung des Larynx, der Mandeln vorhanden.

Die Prognose ist immer zweifelhaft, in der grossen Mehrzahl der Fälle aber a priori ungünstig; herabgekommene, cachectische Personen unterliegen immer, mit oder ohne Operation.

Die Therapie.

Man versucht Brechen zu erregen durch mechanische Reizung

des Schlundes oder durch Brechmittel (wenn für letzteres der Kranke nicht zu schwach ist z. B. Sieche nach Typhus etc.) und man versucht Scarificationen des Oedems, wo, und so weit es möglich ist; in den meisten Fällen muss zur Tracheotomie geschritten werden. Sind auch die Resultate der Operation durchaus nicht günstig, so bleibt sie doch das einzige Mittel mit einiger Aussicht auf Erfolg, und soll in den Fällen, wo die Constitution des Kranken und das primäre Leiden Aussicht auf Heilung gibt, nie zu lange verschoben werden; denn sonst stirbt der Kranke bald hinterher an den Hyperämien des Gehirns, der Lungen, an Lungenödem.

Blutegel, Umschläge etc. sind gegen das Oedem ganz erfolglos; nebstbei nur dann zu gebrauchen, wo locale Entzündung (als Ursache des Oedems) die Anwendung derselben erheischt; was nur sehr selten der Fall sein wird.

V. Chronische (Verengerung oder Zerstörung setzende) Prozesse des Kehlkopfes.

Sie gehen entweder vom Kehlkopf selbst aus, oder setzen sich aus der nächsten Umgebung hieher fort; sie sind der Ausdruck eines allgemeinen dyskrasischen und entweder noch anderswo localisirten Leidens z. B. Tuberculose, Syphilis, Krebs; oder eines abgelaufenen acuten dyskrasischen Prozesses: Typhus, Blattern, Tripper (?); oder sie sind die Fortsetzung eines local angeregten Zustandes nämlich der bereits angeführten Entzündungen der verschiedenen Gebilde am Kehlkopf etc. Sie bestehen in mannigfachen Verdickungen, Wucherungen und Neubildungen und den dadurch gesetzten Verengerungen; andererseits in geschwüriger und nekrotischer Zerstörung der Schleimhaut und der Knorpel.

Die letzteren sind es, welche von älteren Aerzten als Kehlkopfsschwindsuchten (tuberculöse, syphilitische, catarrhalische, rheumatische, etc.) Phthyses laryngeae bezeichnet wurden; sie sind im Ganzen selten und meistens nur eine Theilerscheinung allgemeiner Leiden.

Ihre Diagnose wird vorzüglich durch Berücksichtigung vorausgegangener oder noch bestehender anderweitiger Affectionen gemacht, und es wird da in den meisten Fällen der eigentliche nähere Zustand (ob Wulstung, ob Geschwür, ob Verengerung etc.) mehr vermuthet, als richtig gedeutet.

Die localen Symptome, welche sie erzeugen, sind nicht wesent-

lich von denen des chronischen Catarrhs verschieden; sie sind manchmal heftiger und andauernd; häufiger geringgradig und nur zeitweise stärker hervortretend. Sie bestehen in Veränderungen der Stimme (Heiserkeit bis zur Aphonie); im erschwerten, zischenden, pfeifenden, keuchenden Athmen, in periodischer Dyspnoe, besonders nach Anstrengungen, vielem Sprechen, Gehen etc.; in Husten, welcher meist nur zeitweise kommt, selten stärkere Anfälle macht, immer kurz und trocken oder zu Ende feucht ist; das Sputum ist wenig, kleinklumpig nicht schaumig, wird mehr durch Räuspern ausgeworfen; in verschiedenen dem Sitze und Grade nach sehr wechselnden, schmerzhaften Empfindungen (vom einfachen Austrocknen bis zu heftigeren Schmerzanfällen). Durch das Gesicht lassen sich manchmal ähnliche Veränderungen in den Knochengebilden oder am Kehldeckel, durch das Gefühl manchmal Härte, Spannung an der vorderen oder Seitenfläche des Halses ermitteln.

Einen Geschwürzustand vermuthet man, wenn nebst den angeführten Zeichen mit dem oben angeführten Sputum Blutstreifen, Blut- oder Eiterklümpchen ausgeworfen werden; wenn dieses Sputum nicht durch starken, sondern kurzen Husten, durch Räuspern, besonders des Morgens oder nach genossenen warmen Speisen und Getränken herausbefördert wird; der Schmerz an einer Stelle fixirt bleibt; — bei Zerstörungen des Kehldeckels dringen flüssige Dinge beim Hinabschlucken in die Luftwege, erzeugen Hustenreiz und werden wieder theilweise ausgeworfen (Verkutzen). Manchmal sieht man Geschwüre an der Rachenschleimhaut, die sich bis hinab fortsetzen etc. Werden mit dem Eiter und Blute auch Stücke des nekrotischen Knorpels ausgeworfen, dann stellt man die Diagnose sicher.

In vielen Fällen, wo der Prozess des Geschwüres keine grossen Fortschritte gemacht, und mit keinem konstitutionellen noch bestehenden Leiden im Zusammenhange steht, wird die Gegenwart des Geschwüres nicht vermuthet, bis nicht ein, häufig bei allen Zerstörungsprozessen des Kehlkopfes sich ausbildendes Glottis Oedem dessen Dasein erkennen lässt.

In solchen Fällen sind bloss geringe Zeichen eines Kehlkopf-Catarrhs zu beobachten, und auch sie fehlen oder werden vom Kranken ganz unbeachtet gelassen.

Das ereignet sich bei umschriebener Perichondritis, die als Kehlkopfcatarrh unbeachtet längere Zeit besteht; häufiger bei Tuberkel-Ablagerung im Kehlkopfe, und am häufigsten bei Typhusgeschwüren, wie sie sich häufig in der späteren Zeit der Krankheit,

nicht selten im Zeitraume der Reconvalescenz schleichend ausbilden, und ebenso schleichend verlaufen.

Die Zeichen für diese Geschwüre (Typhus) gehen selten über die des geringen Catarrhs hinaus, und bleiben somit immer nur unbestimmte.

Dr. Moriz Haller hat bei einer Reihe von Fällen des epidemischen Typhus (wo gerade die Ausbildung secundärer Kehlkopfaffectionen an der Tagesordnung war) die Beobachtung gemacht; dass die Stimme des Kranken höher wird, sobald sich der Typhusprozess im Larynx localisirt. Diese Höhe der Stimme ist nicht bleibend, doch während des Bestandes dieses Prozesses immer wieder kommend und deutlich erkennbar.

Ueber den Verlauf und die Prognose aller hier angeführten Zustände lässt sich nicht viel Besonderes sagen.

Typhöse, catarrhalische und aphthöse (nach Blattern etc.) Geschwüre können heilen; und in diesen Fällen hat man im Leben die Diagnose auf Geschwüre gewiss nicht gemacht.

Syphilitische werden auch, wenn nicht schon bedeutender Substanzverlust und dadurch keine Verengerung gesetzt ist, ganz geheilt.

Uebrigens hängt es hier und bei anderen cachectischen Leiden vom Zustande des Gesammtorganismus und dem Grade der Zerstörung im Kehlkopfe ab, ob einmal Linderung oder auffallende Besserung, das andere Mal gar keine Hilfe geschafft werden kann.

Auf das allgemeine Leiden hat die Affection des Kehlkopfes stets einen nachtheiligen Einfluss; es setzt die Constitution rascher herab, macht den Verlauf lästiger und qualvoller, und Geschwüre tödten manchmal plötzlich durch Glottisödem.

Dass aus localen Verhältnissen hervorgehende Geschwüre heilen können, haben wir schon gesagt, aber sie können ebenso häufig tödtlich werden durch die rasche Ausbildung eines Glottisödems und bei fortgesetzter Zerstörung durch frühzeitige Untergrabung der Constitution, durch Pyämie etc.

Was die Therapie anbelangt, so weise ich, um Wiederholungen zu vermeiden, auf das hin, was beim chronischen Kehlkopfcatarrh hierüber gesagt wurde.

Die grösste Schonung des Kehlkopfs, Vermeidung aller Verkühlungen und der Reizmittel sind die Hauptsache.

Ist das Schlingen behindert oder werden Geschwüre vermuthet, so muss die Nahrung eine nicht bloss reizlose, sondern auch mehr flüssige oder im klein vertheilten Zustande gebotene sein.

Die eigentliche arzneiliche Therapie ist eine ganz unbestimmte, man versucht eines oder das andere (meistens mehrere nacheinander) von den gegen chronische Catarrhe üblichen Mitteln.

Es versteht sich von selbst, dass bei syphilitischen Affectionen eine antisyphilitische Behandlung ohne Verzug eingeleitet werden muss; und dass man beim grösseren Reizungszustande (temporär oder andauernd) mit der Anwendung adstringirender Mittel sehr vorsichtig sein müsse.

Aphonia vera seu nervosa, rein nervöse Stimmlosigkeit, kann partiell oder vollständig, wechselnd oder mehr bleibend, selbst von langer Dauer sein.

Materieller Nachweis fehlt in solchen Fällen.

Sie kommt nicht bloss bei hysterischen Weibern vor.

Die Therapie ganz unbestimmt. Electricität kann bei höheren Graden immer versucht werden; denn es wurden damit schon ecclatante Resultate erzielt.

Dysphonia clericorum, d. i. eine Stimmverstimmung in Folge grosser Anstrengung durch Sprechen, Schreien, Singen; kommt bei Sängern, Ausrufern, Kanzelrednern, Schullehrern etc. vor.

Die Stimme ist heiser oder schwach, klanglos oder überschlagend etc. Dabei Trockenheit und Spannen im Kehlkopfe. Meist ist chronischer Catarrh geringen Grades zugegen.

Ruhe des Kehlkopfes, Anfeuchtung, der Gebrauch von Liquiritia und Zucker während des Sprechens etc. sind anzuwenden.

Krampfhafter Kehlkopfhusten, zeitweiser Husten ohne weiteren Zeichen des Catarrhs, ohne Lungenleiden etc., der kurz, trocken und nicht selten von längerer Dauer ist, dabei starker Reiz oder Kitzel im Kehlkopfe, wird durch Sprechen, Lachen, kaltes Getränk etc. erzeugt; kommt bei nervösen, aber auch sonst starken Individuen beiderlei Geschlechts vor, und ist manchmal die Folge eines dagewesenen Catarrhs.

Extractum Liquiritiae und Morphium sind im Beginne des Anfalles zu nehmen, sonst Fetteinreibungen und gleichmässiges Warmhalten; besser aber noch fleissige Waschungen mit kaltem Wasser.

C. Krankheiten der Lunge und des Brustfelles.

I. Catarrh der Bronchien.

Bald acut, bald chronisch, kann in beiden Fällen selbstständig sein, ist jedoch häufiger ein begleitender Zustand anderer Leiden.

Der acute Bronchial-Catarrh verläuft in seinen höheren Graden mit Fieber, gewöhnlich ist dabei auch die Schleimhaut des Kehlkopfes etc. mitafficirt.

Wir haben diesen Zustand aus den dort angeführten Gründen im 1. Bande als Catarrhalfieber abgehandelt.

Er kömmt aber auch bei den meisten exanthematischen Prozessen, bei Typhus, bei Entzündungen der Lunge, der Pleura etc. vor; und seine Diagnose wird nach den dort angegebenen physicalischen Zeichen, dem Auswurfe etc. gemacht.

Der chronische Bronchial-Catarrh geht häufig aus dem acuten hervor, begleitet übrigens andere chronische Leiden der Lungen und des Herzens fast constant.

Seine Symptome sind: Husten, der anfallsweise stärker ist (besonders Abends und Morgens), das catarrhalische Sputum, Beklemmung, Drücken, Schwere auf der Brust, manchmal Kurzathmigkeit etc.

Die Percussion gibt auch beim chronischen Catarrh nur negative Resultate, und die Auscultation vernimmt so wie beim acuten mannigfache Rasselgeräusche nebeneinander und wechselnd, nie jedoch consonirende.

Uebrigens ist auch dieser selbstständige oder consecutive chronische Bronchial-Catarrh denselben Schwankungen im Verlaufe ausgesetzt, wie die Catarrhe des Kehlkopfes etc.

Seine Entstehung verdankt er denselben Umständen wie der acute. Da, wo er symptomatisch Lungen- und Herzkrankheiten begleitet, entsteht oder besteht er durch die gleichzeitigen activen oder passiven Hyperämien.

Auffallende Verschlimmerungen im Verlaufe sind wohl meist durch andere Momente (vorzüglich Verkühlungen) abhängig.

Chronischer Bronchialcatarrh ist häufig die Veranlassung für nachfolgendes Emphysem und Bronchial-Erweiterung.

Wie in seinem Verlaufe die Secretion der Schleimhäute eine überwiegende wird, und als solche andauert; so bezeichnen wir den Zustand als Lungen-Blennorrhoe. (Die Percussions- und Auscultations-Ergebnisse bleiben dieselben).

Bei älteren Individuen stellen uns solche blennorrhoische Zustände mit und ohne Bronchial-Erweiterung, bei gleichzeitigem Marasmus des ganzen Körpers (der manchmal auch ein praecox sein kann) die Phthysis pituitosa, Schleimschwindsucht dar.

Ueber Therapie verweisen wir auf das bei dem Catarrhalfieber und den Catarrhen des Kehlkopfs Gesagte.

II. Bronchial-Croup, Bronchitis crouposa.

Ist selten acut (und diess mehr bei Kindern), bei Erwachsenen häufiger als chronischer Prozess verlaufend.

Die acute Form verläuft bei Kindern mit starkem Fieber, Zeichen der starken Lungen-Hyperämie, dann Auswurf einer dicken, gelblichweissen Masse, die sich in Fäden zieht, und manchmal mit Blutstreifen gemischt ist.

Sie begleitet croupöse Pneumonien oder Lungentuberculose, ihr Ausgang ist daher meistens ungünstig.

Bei Erwachsenen soll sie auch manchmal croupöse Pneumonien begleiten, und da ungünstig verlaufen, sonst verläuft der Bronchialcroup hier mehr chronisch mit langen Zwischenräumen, innerhalb welcher nur chronischer Catarrh im mässigen Grade fortbesteht; oder gar keine Zeichen eines Krankseins gegeben sind.

Bei erneuertem Anfalle (wie ich ihn einmal nach einem Stillstand von paar Jahren beobachtet habe) war starkes Fieber zugegen, heftige Anfälle von lauten, bellenden, fast erstickenden, trockenen Husten, das Gefühl von Beklemmung, und umschriebener Druck auf die Brust; die Auscultation und Percussion wiesen geringen Catarrh nach.

Nach mehreren Tagen und inzwischen Statt gefundenen starken Fieber-Exacerbationen und häufigen Erstickungsanfällen mit starkem Husten kann es zum leichten und sehr reichlichen Auswurfe von festen, geronnenen, weisslichen Massen, welche ganz die Form der Bronchien-Verzweigungen in ihrer verschiedenen Dicke darboten.

Dieser Auswurf dauerte einige Tage, dabei fanden Nachlass des Fiebers und allgemeine Krisen statt. Die Patientin, ein Frau in den Vierzigern, verliess ganz wohl die Klinik; sie hatte schon mehrere solche Anfälle in verschiedenen Zeiträumen durchgemacht.

Als Ursachen werden Verkühlungen angegeben; auch soll dieser Croup epidemisch gesehen worden sein (Canstatt).

Der Verlauf ist ganz unbestimmt. Die Individuen sterben wenn nicht in solchen Anfällen, so an folgender Tuberculose oder Hydrops.

Die Therapie ist jener bei Catarrhen oder Pneumonie analog.

III. Erweiterung der Bronchi, Bronchiectasie.

Wird eine zweifache unterschieden, die gleichmässige und die sackförmige.

Bei ersterer ist die ganze Circumferenz des Bronchus gleichmässig erweitert, die Wand des Bronchus verdickt, seine Schleimhaut im Zustande des Catarrhs oder der Blennorrhoe.

Sie kommt am häufigsten in den unteren Lungenlappen vor; das zunächst anliegende Gewebe ist etwas verdichtet, selbst schwielig, und die von diesem Bronchus versorgte Lungenparthie ist emphysematös.

Diese Erweiterung kommt nach chronischen Catarrhen und bei andauernden Blutüberfüllungen der Lungen, bei Herzfehlern (Krankheiten am linken Ostium venosum) vor.

Die sackförmige kommt bei Lungenkrankheiten zu Stande, wo sich um den Bronchus herum schwieliges, schrumpfendes Gewebe bildet, also bei obsoleter Tuberculose (hier im oberen Lappen) und indurirter Hepatisation.

Es werden da kleinere Bronchi in rosenkranzförmig aneinandergereihte Säckchen verwandelt; oder einzelne geradezu zu grösseren Blasen umgewandelt.

Die selbe auskleidende Membran ist dann ähnlich einer serösen Haut. Der Inhalt ist dünner, oft stinkender Schleim. Das dem Bronchus anliegende Gewebe ist schwielig verdichtet etc. etc.

Aus der anatomischen Darstellung des Prozesses geht hervor, dass er immer ein secundäres Leiden ist. Neben ihm bestehen: Catarrh, Emphysem, verdichtetes schwieliges Gewebe, vorausgegangene Herzfehler oder consecutive Erweiterung des rechten Herzens.

Die D i a g n o s e der gleichmässigen Bronchien-Erweiterung ist von der eines chronischen Catarrhs nicht möglich.

Auch die sackförmige geht mit denselben Symptomen einher; nur kann hier in den Fällen, wo die Erweiterung eine grössere (von der Grösse des Plessimeters) ist, und an der Oberfläche der Lunge lagert, durch Percussion und Auscultation dieselbe ermittelt werden.

Es ergeben sich dann dieselben Zeichen wie bei Excavationen unter denselben localen Verhältnissen.

Ueber P r o g n o s e der Bronchiectasie lässt sich nichts sagen, sie theilt im allgemeinen das Schicksal des chronischen Catarrhs und des Emphysems.

Kleinere Säckchen schliessen sich manchmal von dem Bronchus ab, der Inhalt obsolescirt.

Auch kann Gangrän der erweiterten Bronchi eintreten; sich auf die Lunge verbreiten und rasch tödtlich werden.

Die T h e r a p i e bleibt die gegen chronischen Catarrh angegebene.

Einathmungen von Wasserdämpfen, von Terpenthin und Theer, so wie fleissig geübte Gymnastik der Lunge (tiefes Einathmen etc.) werden hier noch besonders empfohlen, ebenso Jod und Tannin in Wasser gelöst etc.

IV. Lungen-Hyperämie, Lungen-Congestion, Hyperaemia pulmonum.

Sie kommt häufiger in den unteren Lappen vor.

Die betreffenden Stellen (meistens grössere) sind mit Blut überfüllt, dunkel, schwärzlich gefärbt; das Blut fliesst auf geringen Druck aus; in das Wasser getaucht, kann die Lungenparthie selbst etwas untersinken, kömmt aber bald wieder auf das Niveau des Wassers; durch Auswaschen lässt sich alles Blut entfernen, die Lungensubstanz behauptet ihre normale Elastizität.

Lungenhyperämien sind häufig secundäre Zustände, und als primäre selten auf die Dauer selbstständig, sie führen zur Exsudation oder Extravasation.

Substantiv kommen sie zu Stande bei jungen kräftigen Individuen in der Blüthe des Lebens, vorzüglich in der heissen Jahreszeit. Die Gelegenheitsursachen sind übermässige Anstrengungen des Körpers, besonders bei grosser Hitze; Uebermass erhitzender geistiger Getränke, Einathmen rauher Luft, des Kohlendunstes oder der scharfen Gase; Verkühlungen, Anstrengungen der Brust durch Schreien, Singen, verminderter Luftdruck beim Ersteigen hoher Gebirge, plötzliche Unterdrückung der Menstruation etc.

Consecutiv und secundär findet man sie, und zwar unabhängig von der Constitution und dem Alter des Individuums, bei Abdominal-Plethora durch sitzende, träge Lebensweise, bei Herzkrankheiten, vorzüglich bei Krankheiten des linken ostium venosum und der Hypertrophie des rechten Ventrikels (mechanische Hyperämie), bei schweren acuten (besonders typhösen) oder chronischen (vorzüglich bei alten geschwächten Leuten) Krankheiten, bei denen der Kranke anhaltend in der Rückenlage verharrt, (Hypostase der Lunge) bei chronischer Tuberculose der Lungen.

Was die Symptome anbelangt, so bringen substantive Hyperämien, die rasch zu Stande kommen, bei jungen starken Leuten das Gefühl von Enge und Schwere auf der Brust, Athemnoth, sehr beschleunigtes Athmen, Verstärkung und grössere Beschleunigung des Herz- und Pulsschlages; grössere Turgescenz des Gesichtes, manchmal auch trockenen, krampfhaften Husten hervor.

Bei den auf mechanische Weise zu Stande kommenden sind die Zeichen durch das ursprüngliche Leiden mannigfach modifizirt, und es bestehen diese Hyperämien meist mit gleichzeitigen Catarrhen.

Die hypostatischen endlich bestehen meist ohne allen Symptomen.

Der Verlauf der einen (sogenannten activen) ist immer ein rascher; denn bilden sie sich nicht rasch zurück, so führen sie zur Exsudation etc.; der der zweiten Abtheilung hängt von dem primären Leiden ab, ist immer chronisch, und nur den Schwankungen unterworfen, dass die gewöhnlich bestehenden Hyperämien durch neue Schädlichkeiten zeitweise gesteigert werden.

Ausgänge.

Die acut Entstandenen gehen entweder rasch zurück, oder sie führen zu Lungenödem, zur Pneumonie, zu Lungenblutungen; es kann aber auch in seltenen Fällen bei plötzlich und in grosser Ausbreitung auftretenden Lungenhyperämien der Tod eintreten.

Die Secundären sind die Begleiter der allmäligen Ablagerung von Tuberkel, oder haben stets Catarrh, Blennorrhoe der Schleimhaut, auch chronisches Oedem im Gefolge; nur die hypostatischen stehen oft lange ohne weiteren Folgen.

Was die Therapie anbelangt, so ist in den rasch entstandenen substantiven Formen nebst Entfernung der Causal-Momente Ruhe des Körpers und der Respirationswege und kühle Luft erforderlich.

Das therapeutische Eingreifen beschränkt sich einmal auf kalte Umschläge auf die Brust, kühles Getränk (Wasser oder Limonade, oder Mandelmilch mit etwas Nitrum), und ein leichtes salinisches Abführmittel.

In anderen Fällen bei sehr vollen starken Puls, starken Herzklopfen, kräftiger Constitution des Kranken macht man gleichzeitig eine ausgiebige Venäsection.

In der Folge oder bei den secundären Hyperämien wird das Verfahren so geleitet, wie es bei den betreffenden Krankheiten (Pneumonie, Oedem, Herzfehler etc.) angegeben ist.

Um Lungenhypostase bei Typhus etc. nicht zu begünstigen, lässt man die Kranken nicht anhaltend am Rücken liegen, wie diess bereits am geeigneten Orte gesagt wurde.

V. Lungen-Entzündung, Pneumonia.

Sowohl dem anatomischen als klinischen Verhalten nach unterscheidet man mehrere Arten von Pneumonien, und zwar die lobäre

(genuine, croupöse), die lobuläre (eitrige), die catarrhalische, die interstitielle und die hypostatische.

A. Die genuine (croupöse) Pneumonie.

Diejenige, welche man gewöhnlich versteht, wenn man kurzweg von Pneumonie spricht.

Pneumonia vera, legitima, phlegmonosa der Alten.

Ist hyperämischer Prozess mit Absetzung eines vorwaltend faserstoffigen (croupösen) Exsudats in die Lungenzellen, und befällt grössere Abschnitte, mindestens einen Lappen der Lungen, wesswegen sie auch die lobäre genannt wird.

Häufiger ist die eine Lunge der Sitz derselben, seltener sind beide Lungen, manchmal in gekreuzter Richtung ergriffen. Häufiger geht der Prozess von den unteren Lappen aus.

Man unterscheidet an ihr drei Stadien: das der Hyperämie (entzündlicher Infarctus, entzündliche Anschoppung), der Hepatisation und der eiterigen Zerfliessung.

Im ersten Stadium ist das Lungengewebe etwas aufgedunsen, dunkler gefärbt, ärmer an Luft, reicher an Blut; hat von seiner Elasticität eingebüsst, ist leichter zerreisslich, und es fliesst eine grössere Menge klebriger, etwas blutig gefärbter Flüssigkeit auf der Schnittfläche derselben heraus. Sie sinkt im Wasser etwas unter, steigt gleich wieder empor und durch Auswaschen lässt sich alle Flüssigkeit entfernen.

Die hepatisirte Lunge (2. Stadium) ist in verschiedenen Graden bluthältig, anfangs reich an Blut, roth (rothe Hepatis), später arm an Blut, grau gelblich (graue Hepatis); ist luftleer, knistert nicht, sinkt im Wasser ganz zu Boden und gibt beim Druck keine Luftblasen, bietet auf der Schnittfläche ein fein oder grobkörniges Ansehen (von dem in den Zellen geronnenen Faserstoffe) dar, ist leicht zerreisslich, in verschiedenen Graden feucht, leberähnlich derb, und hat das Volumen einer durch Luft ausgedehnten Lunge, aber ein höheres Gewicht.

Im dritten Stadium verliert die hepatisirte Lunge ihr Gewicht, ihr körniges Aussehen und ihre Derbheit; sie wird blässer, succulenter; auf der Schnittfläche kommen eiterartige Pünktchen mit schaumiger Serosität gemischt zum Vorscheine. Nach dem Auswaschen bleibt unversehrtes Lungengewebe zurück.

Wenn die Pneumonie nur irgend eine grössere Ausbreitung gewonnen hat, so finden sich in der Leiche alle 3 Stadien nebeneinander.

Nur mit wenigen Ausnahmen verlaufen diese Pneumonien immer mit Bronchitis (verschiedenen Grades), und entzündlicher Affection der betreffenden Pleura; wesswegen an der Schleimhaut der Bronchi: Hyperämie und schleimiges oder mehr croupöses Exsudat und an der Pleura ein flockiges Gerinnsel (mit Trübung und Lockerung der Pleura), oder eine verschieden dicke Lage Fibrin getroffen wird.

An der hepatisirten Lunge finden sich manchmal die Ränder emphysematös, in der übrigen Lunge Anämie oder Hyperämie.

In den grossen Gefässen und im Herzen findet man meistens derbe, gelblichweisse Faserstoffgerinnungen, welche mit den Sehnen der Papillarmuskeln manchmal fest verfilzt sind.

Krankheitsbild.

Es wurde schon bei der anatomischen Darstellung des Lungencroup's angeführt, dass die 3 Stadien desselben nebeneinander vorkommen, somit ist weder in den allgemeinen, noch in den localen Symptomen eine so strenge Scheidung nach den Stadien durchzuführen. Doch bleibt es leichter verständlich, die Hauptgruppen der Symptome nach den Stadien getrennt zu betrachten.

1. Stadium.

Das Fieber beginnt mit starkem Frost, geht häufig den Localsymptomen voraus, oder tritt mit denselben gleichzeitig ein, und bezeichnet so den Anfang der Krankheit; dasselbe ist vom entzündlichen Charakter und höheren oder hohen Grad; vom manchmal streng anhaltenden, meist aber vom nachlassenden Typus, und von starken abendlichen Exacerbationen.

Der Puls ist bedeutend frequent, häufig über 100, ist voll und stark. Die Temperatur ist hoch.

Mässige Grade von Hirnhyperämie und erhöhte Turgescenz des Gesichtes fehlen nie, manchmal sind dieselben gleich hochgradiger, oder werden es in den Abendexacerbationen.

Brustsymptome.

Das Athmen ist beschleunigt, mühsam und ungleichförmig; die kranke Seite wird weniger bewegt als die gesunde. Beim Sitze des Prozesses in den unteren Parthien, kann man eine Respiratio sublimis, umgekehrt eine diaphragmatica, abdominalis beobachten.

Der Kranke klagt über Beängstigung, Schwere und Drücken auf der Brust, und bezeichnet gewöhnlich die Mitte der Brust als die leidende Stelle; der Husten ist seiner Heftigkeit nach verschieden, im Allgemeinen nicht sehr häufig, kommt nicht anfallsweise, ist manchmal die erste Zeit trocken, meistens aber gleich nach den ersten

Stunden feucht, das Sputum jetzt schon zähe und von beigemischten Blut gefärbt. Die schmerzhaften Gefühle des Kranken, so wie der Husten werden durch Sprechen, tiefes Athmen, Bewegungen des Körpers nicht immer gesteigert.

Die Percussion gibt an der betreffenden Stelle einen tympanitischen, später dumpf und leerer werdenden Schall.

Die Auscultation lässt daselbst anfangs normales, oder schwächeres, oder schärferes Athmen, bald Rasselgeräusche, und am häufigsten Knisterrasseln vernehmen.

Geringer Catarrh der Mund- und Darmschleimhaut ist gewöhnlich vorhanden, daher belegte Zunge, Appetitmangel, veränderter Geschmack etc. Der Stuhl ist angehalten. Der Harn von geringer Menge, hoch saturirt, stark sauer, hat ein hohes spec. Gewicht, ist reich an Salzen (ohne dass die einen oder anderen constant überwiegen möchten) und an Farbstoffen.

Die Dauer dieses Stadiums ist sehr verschieden, es dauert bis zur Höhe der Krankheit d. h. bis alle Exsudation beendet ist, da aber nicht jede Pneumonie in das Stadium der Hepatisation übergehen muss, so kann die Dauer des 1. Stadiums, so wie dann die des ganzen Prozesses auch kurz ausfallen. Man rechnet im Allgemeinen zwischen 3—7 Tage.

2. Stadium.

Das Fieber bleibt hochgradig so lange, bis nicht der Exsudationsprozess seine Höhe erreicht hat, und im Steigen des Prozesses stehen immer das 1. und 2. Stadium nebeneinander; nur verliert der Puls mit der Menge des Exsudats, wenn dieselbe schon grösser ist, seine Vollheit, seine Stärke, er wird leerer, schwächer und nimmt dabei an Frequenz zu.

Die Abendexacerbationen treten in der Folge auch nicht so marquirt hervor; der Kranke collabirt, hat eine ungleiche Temperatur, und meistens eine icterische Färbung der Sclera und der Gesichtshaut.

Eine mässige Depression der Gehirnfunctionen stellt sich ein; Somnulenz, selbst grösserer Sopor sind gewöhnlich.

Brustsymptome.

Die Beschleunigung und Ungleichförmigkeit des Athmens steigt im Verhältnisse der Ausbreitung des Prozesses; die subjectiven Symptome nehmen im Verhältnisse der Ablagerung und des Sopors eher ab als zu.

Der Husten ist weniger häufig, das Sputum jetzt sehr zähe,

den Wandungen des Gefässes fest anhängend, und im Verhältniss des beigemengten Blutes gelblich, safrangelb, röthlich, intensiv roth (Sputa crocea), manchmal auch etwas grünlich gefärbt. (Mikroskopisch findet man Blutkügelchen, Epithelien, Eiterzellen, Körnchenzellen und structurlose Faserstoffgerinnungen).

Gegen die Höhe der Krankheit wird die Expectoration weniger, oft versiegt sie durch 2—3 Tage fast ganz.

Die Percussion gibt einen leeren und dumpfen Schall (dem Schenkeltone gleich dann, wenn die ganze Dicke des Lungenlappens hepatisirt ist), der Wiederstand an der percutirten Stelle ist grösser.

Bei der Auscultation hört man Bronchophonie (meist starke), bronchiales Athmen, und consonirende Rasselgeräusche in der ganzen Ausdehnung des leeren Schalles.

Auf der gesunden Seite nicht selten ein verstärktes Zellenathmen (respiratio supplementaris); und über der hepatisirten Stelle wird nicht selten ein Stoss mit jedem Herzschlage empfunden, welcher von der Pulsation der Arterien herrührt.

Die Schleimhaut des Mundes ist trocken, selten rein, meistens mit dicken, trockenen Schleim bedeckt.

Der Stuhlgang wird durch die dargereichten Medicamente verschiedenartig modifizirt, ohne dem wird er selten diarrhoisch.

Der Harn geht nur bei höheren Graden des Sopors (und dann auch der Stuhl) unwillkührlich ab; übrigens behauptet er die oben angeführten Eigenschaften mit mannigfachen Schwankungen. Manchmal nehmen die Chloride mit dem Eintritte der Hepatisation ab, und fallen im fortgesetzten Steigen der letzteren auf Null. (In sehr vielen Fällen habe ich aber dieses Verhalten nicht beobachtet).

Das aus der Ader gelassene Blut gerinnt zu einem festen Kuchen, das Serum sondert sich ganz rein und farblos ab; auf dem Kuchen finden sich mehr weniger dicke, sehr derbe Schichten gelblicher, weisser etc. Faserstoffgerinnungen. Im Stadio der Hepatisation bildet sich diese sogenannte crusta inflammatoria rascher und dicker als im 1. Stadio, und ihre Bildung dauert so lange fort, als der Exsudativprozess sein Ende nicht erreicht hat.

Die Dauer ist nicht bestimmt; zwischen 7. — 11. Tag von Anfang der Krankheit beginnt aber meistens die Lösung.

3. Stadium.

Fieber dauert in die Lösung hinein fort, der Puls verliert von seiner Frequenz, erreicht aber nicht gleich die Norm. Die Temperatur wird wieder gleichmässig; die Haut warm und allgemein mässig transspirirend. Das Gesicht bleibt blass, aber der Ausdruck

wird frei. Die Somnulenz macht einem ruhigen, anhaltenden Schlafe Platz.

Brustsymptome.

Die Respiration geht allmälig zur Norm.

Der Husten wird weniger, die Expectoration etwas stärker; das Sputum verliert seine dunkle Färbung (vom Blute) und seine Zähigkeit; es wird gelblichweiss, oder weisslich-trübe, ist geformt, und wenn auch zusammenhängend, so doch nur locker dem Gefässe anhängend. Nie steht die Menge des Sputums mit der dagewesenen Hepatisation selbst nur annäherungsweise in einem geraden Verhältnisse. Mikroskopisch ist dieses Sputum von dem anderen nicht unterschieden, nur führt es weniger oder kein Blut, keine Faserstoffschollen etc.

Die Percussion gibt im Verhältnisse des sich wieder mit Luft füllenden Gewebes einen mehr vollen, hellen Ton, der dann noch manchmal längere Zeit tympanitisch bleibt.

Das bronchiale Athmen etc. hört auf, man hört kein Athmen oder nicht consonirende Rasselgeräusche. Auch das Knisterrasseln ist bei der Lösung wieder zu hören, nur dauert es an den einzelnen Stellen, (wo es gehört wird) nicht lange; an anderen Stellen hört man grossblasiges Rasseln, Schnurren etc.

Die Schleimhaut des Mundes wird feucht, rein, Appetit stellt sich ein; der Stuhlgang wird regelmässig.

Der Harn ist mehr gelblich, trübe, zersetzt sich schnell, reagirt dann alkalisch und setzt bedeutende Mengen von Bodensatz ab, welche eiterig, schleimig aussehen, und aus harnsauren und phosphorsauren Salzen bestehen.

Waren die Chloride im 2. Stadium weniger, oder mangelten sie ganz, so erscheinen sie in der Lösung wieder, und erreichen bald ihre normale Menge.

Die Dauer dieses Stadiums ist auch verschieden lang, gewöhnlich geht die Lösung allmählig vor sich; in seltenen Fällen erfolgt sie rasch, und in grösserer Ausdehnung durchgreifend.

Varietäten.

Von dem nun eben angeführten Bilde gibt es eine Menge von Abweichungen, der einzelnen Symptome sowohl, als ihrer gegenseiti-Combination, ohne dass darum eine besondere Complication oder eine besondere Modification des Prozesses selbst stattfindet.

Das Fieber ist in der Regel hochgradig, nur ausnahmsweise gering; der Puls gewöhnlich voll und stark, bis zur gewissen Höhe

der Ablagerung, wo er kleiner, leerer und schwächer wird; manchmal ist er aber bald nach begonnener Hepatisation klein und scheinbar schwach (beim grösseren Druck empfindet man doch mehr Widerstand), der sogenannte unterdrückte Puls, und wird im weiteren Verlaufe oder manchmal nach gemachter Venäsection gleich voller und stärker.

Die abendlichen Exacerbationen sind manchmal durch starke Hirnreizsymptome: Sinnestäuschungen, lebhafte Delirien, Bewusstlosigkeit ausgezeichnet; welche gegen Morgen ganz verschwinden, manchmal aber auch da noch fortdauern.

Pneumonien, die aus der Tiefe sich gegen die Peripherie ausbilden oder von der Spitze ausgehen, sind gerne von solchen Hirnsymptomen begleitet. Höherer Sopor, Trägheit der Muskelbewegung, Zittern der Zunge, der Hände, etc. ohne materiellen Nachweis im Gehirne, kommen manchmal im weiteren Verlaufe vor.

Stechender Schmerz auf der kranken Seite (Pleuritis) ist häufig gleich am Anfange da, und dauert bis zur Hepatisation dieser Stelle; in diesen Fällen ist auch die Athemnoth, Brustbeklemmung etc. viel stärker, und erreichen manchmal in der ersten Zeit gleich einen hohen Grad, ohne dass die physikalischen Symptome eine entsprechende Ausdehnung nachweisen liessen; in anderen Fällen verlaufen Pneumonien, die selbst zu grossen Ausbreitungen gelangen, durch die ganze Zeit mit geringeren subjectiven Störungen.

Die Beschleunigung und Ungleichförmigkeit des Athmens hält ziemlichen Schritt mit der Ausbreitung des Processes.

Der Husten, manchmal besonders Anfangs sehr stark, krampfhaft, anfallsweise kommend wird in anderen Fällen mit starkem Fieber, starker Ablagerung fast vermisst; das Sputum ist hier wenig, nicht charakteristisch, nicht zähe und nur einzelne Blutstreifen führend. Geringe Betheiligung der Bronchien-Schleimhaut ist hier die nächste Ursache, und ich habe dieses wiederholt bei Pneumonien, die von der Spitze oder der Tiefe ausgingen, beobachtet.

Die physicalischen Zeichen mangeln bei solchen Pneumonien, die aus der Tiefe gegen die Peripherie kommen, oft einige Tage; sind immer erst dann vorhanden, wenn der pneumonische Herd schon eine bedeutende Grösse erreicht hat; das Knisterrasseln wird durch das Rasseln in den Bronchien manchmal gedeckt; die Erscheinungen der Consonanz können manchmal für einige Zeit bei Verstopfung der Bronchien verschwinden; oder nur bronchiales Athmen ohne Bronchophonie, und umgekehrt gehört etc. werden.

(Die Erklärung dieser Abweichungen müssen in den Werken über Auscultation und Percussion nachgesehen werden.)

Pleuritisches Reiben kann am Anfange oder am Ende des Prozesses (1. und 2. Stadium) gehört werden da, wo plastische Exsudation der Pleura gleichzeitig vorhanden war.

Erbrechen von schleimigen, gallichten Stoffen stellt sich manchmal Anfangs, häufiger im weiteren Verlaufe ein; in der ersten Zeit ist es zuweilen erleichternd, in späterer Zeit ist es nur immer von sympathischer Bedeutung.

An der Schleimhaut des Mundes gleich in den ersten Tagen croupöser Process, besonders am Zahnfleisch, dem harten Gaumen, vertrocknet nachher das Exsudat zu dicken, bräunlichen Borken. In der spätern Zeit manchmal Aphthae, aphthöse Geschwüre ohne weiterer Bedeutung.

Im Harn häufig geringere Mengen von Eiweiss ohne Nierenerkrankung.

Die Haut manchmal intensiv gelb, gelbgrünlich, schmutzig gelblich gefärbt ohne weiteren Zeichen von Catarrh der Gallengänge, in Folge des veränderten Hämatins (?); Herpes localis (an den Lippen, den Nasenflügeln, den Augenlidern etc.) gleich in den ersten Tagen ohne prognostischer Bedeutung. Ebenso kommen Miliaria symptomatica (Sudamina) zu verschiedenen Zeiten der Krankheit, besonders beim grossen Warmhalten des Kranken, heisser, feuchter Jahreszeit vor.

Bei alten Individuen verlaufen endlich lobäre Pneumonien manchmal unter dem täuschenden Bilde eines Hirnleidens, dem sich bald die Zeichen der Adynamie anschliessen, oder letztere sind gleich vom Anfange die vorherrschenden.

In diesen Fällen ist nur durch die physikalische Untersuchung die Diagnose zu machen und es dürfen diese Pneumonien (Pneumonia senum vel senilis) nicht mit den hypostatischen verwechselt werden.

Aetiologie.

Lobäre Pneumonien sind meistens primäre Erkrankungen, und wenn sie mit anderen Prozessen (z. B. Exanthemen, Typhus, etc.) vorkommen, so entwickeln sie sich in der ersten Zeit dieser letzteren.

Andere Entzündungsprozesse, welche als Complicationen erscheinen, z. B. Meningitis, treten erst im Verlaufe der Pneumonien auf.

Genuine Pneumonien werden sporadisch, häufiger epidemisch (in kleineren und grösseren Epidemien) gesehen; letztere sind an

keine Jahreszeit, kein Clima, keine bekannten Luftverhältnisse gebunden.

In der Blüthe des Lebens und bei Männern sind sie häufiger als sonst. Kinder und Greise werden von dieser Art Entzündung am seltensten befallen. Kräftigere Constitutionen erkranken leichter an Pneumonie, als Schwächliche, Herabgekommene. Chronische Herzkranke und Emphysematiker erkranken selten daran.

Gelegenheitsursachen sind in der Mehrzahl der Fälle Verkühlungen bei gleichzeitigen Anstrengungen der Lunge oder anhaltende Einwirkung der Kälte, oder rasche Sprünge der äusseren Temperatur zur Zeit der herrschenden Epidemie.

Krankheiten und sonstige Zustände in deren Verlaufe lobäre Pneumonie auftreten kann, sind

a) Exantheme, bei Blattern in den ersten Stadien; bei Morbillen durch den ganzen Verlauf.

b) Typhus (abdominalis) in den ersten Wochen der Krankheit, mit gleichzeitigen Darmprozess im verschiedenem Grade der Ablagerung des letzteren.

Der Sitz dieser Pneumonien, geht bald von der Spitze, bald von unten aus, das Exsudat ist dunkelviolett, mehr weich, gallertartig, die Bronchialdrüsen meist gleichzeitig von demselben Exsudat gefüllt und geschwollen (Pneumotyphus vieler Auctoren).

c) Gallenfieber.

Ich sah Febris biliosa mit Pneumonia lobaris verlaufen, nach Ablauf der letzteren kam es zur Ausbildung von Dysenterie, und nach Beendigung dieser blieben die Symptome des Gallenfiebers mit grosser Depression des Gehirns, allgemeiner Schwäche und Anämie noch fortbestehen. Gegen das Ende der Krankheit (nach 4 Wochen) abermals Lungencatarrh ohne weiteren physikalischen Nachweis. Der Tod erfolgte unter den Zeichen eines starken Hirntorpors. In der Leiche war Anämie, gelbe Färbung der verschiedensten Gebilde und zwei kleine frische Herde lobulärer Pneumonie nachzuweisen.

d) Morbus Brightii acutus und chronicus.

e) Säufer-Dyscrasie und geringere Grad von Scorbut-Erkrankung.

f) Schwangerschaft und das Wochenbett.

Verlauf und Ausgänge.

Lobäre Pneumonien verlaufen fast immer acut, innerhalb 14 Tagen ist meistens der Prozess beendet; Fälle, wo die Krankheit als solche oder mit ihren Ausgängen länger besteht, gehören zu den Seltenheiten. Nur verlaufen nicht alle Fälle innerhalb der angegebenen Zeit-

frist gleich rasch; in einigen ist das Auftreten und Fortschreiten sehr rasch, ohne Remission; in anderen ist ein langsamer Gang mit deutlichen Remissionen, die oft erheblich sind, zu beobachten.

Die gewöhnlichsten Ausgänge sind die günstige Lösung und der Tod. Die Abscessbildung kömmt nur bei Greisen und Kindern vor, das Tuberculisiren des Exsudats bei lobären Pneumonien, ohne anderen gleichzeitigen Tuberkeln ist eine grosse Seltenheit, und noch seltener ist die Induration.

a) Die Lösung des Prozesses kann in jedem Stadium Statt finden; im ersten, ohne dass es noch zur Exsudation gekommen ist; diess bei sporadischen Vorkommen, bei geringeren Graden, bald eingetretener zweckmässiger Behandlung, bei Mangel anderer wichtiger Complicationen etc.

Beim epidemischen Vorkommen gelingt es schwieriger, dem Prozesse Einhalt zu thun, doch ist auch hier manchmal der Erfolg der Therapie ein so ecclatanter, dass an der Coupirung dieser Prozesse auch nicht gezweifelt werden kann.

Auch im 2. Stadium lässt sich der Prozess abkürzen, nur ist es hier in allen Fällen ungleich schwieriger; namentlich beim epidemischen Vorkommen, oder dann, wenn die Hepatisation überhaupt schon grössere Fortschritte gemacht hat.

Die Lösung am Wege der eiterigen Schmelzung des Exsudats liegt in der Natur des Prozesses, und diese Lösung tritt ein bei verschiedenen Graden der Ausbreitung des Prozesses so, dass hierin kein bestimmtes Gesetz nachgewiesen werden kann.

Einmal ist der Prozess mit der Hepatisation eines Lappens beendet, das andere Mal werden zwei Lappen derselben Lunge, oder von jeder Lunge ein Lappen, und diess wieder, entweder gleichzeitig, oder nacheinander in dessen Bereich gezogen. Während auf der einen Seite der Prozess noch weiter greift, ist er an seinem Ausgangspunkte schon in der Lösung begriffen.

Auf welchem Punkte immer die Lösung eintreten mag, gleichzeitig mit ihr stellen sich auch allgemeine Crisen, und ein auffallender Nachlass in den Symptomen ein; sobald nicht noch auf der anderen Seite Fortschritte der Ablagerung statt finden.

Nicht die physikalisch nachweisbare Lösung an der einen Stelle ist das Zeichen der beendigten Exsudation, sondern das mit ihr gleichzeitige Zusammenfallen von allgemeinen Crisen, Nachlass des Fiebers, Erleichterung des Kranken.

Die Crisen sind: der oben angeführte allgemeine Schweiss, der

mehr blasse, trübe, an Uraten und Phosphaten reiche Harn, das Sputum coctum und ein lang dauernder ruhiger Schlaf.

Mit dem Schweisse können gleichzeitig Miliaria vorkommen, sie haben dann die Bedeutung des kritischen Friesels, kommen nicht schubweise, sondern in grossen Eruptionen gleich zahlreich, und vorzüglich bei starken Schweiss, starker Bedeckung des Kranken. Uebrigens sind sie eine nicht häufige Erscheinung.

Das Sputum, wie schon gesagt, steht nie im Verhältniss zur Grösse der Exsudation, und ist auch hier nur die kritische Ausscheidung für den Prozess der Bronchien, das Exsudat wird grösstentheils in Form der angegebenen Bestandtheile des Harns aus dem Körper ausgeführt.

Rezidiven des Prozesses erfolgen nach geschehener Lösung nicht mehr leicht; in der Zeit, wo die Exsudation noch nicht vollends stille steht, oder wo nach deren Stillstand die Crisen noch nicht eingetreten, ist häufig genug (namentlich bei nicht folgsamen und nicht achtsamen Kranken) nach Einwirkung schädlicher Momente, vorzüglich neuer Verkühlungen ein abermaliges Auflodern, Zunahme des Fiebers, Steigen der Hepatisation etc. zu beobachten. In späterer Zeit hingegen stellen sich gerne hochgradige Catarrhe, manchmal pleuritische Exsudate oder nach Umständen auch andere Exsudativ-Prozesse z. B. der Dickdarmschleimhaut, der Rachenhöhle etc. als Nachkrankheiten ein.

Auch im günstigsten Verlaufe bleibt durch einige Zeit eine grosse Reizbarkeit der Bronchialschleimhaut zurück; Pneumoniker Husten gewöhnlich am Ende der Krankheit am meisten, die geringste Veranlassung erzeugt einen Anfall von krampfhaften Husten mit wenig serös-schaumigen Sputum.

Die Dauer dieses Verlaufes ist, wie oben angegeben, sehr verschieden. Ist die Exsudation eine reichlichere, schreitet sie über eine ganze Lunge, zwei Lappen etc., so vergehen immer 3 Wochen und darüber, bis die Crisen beendet, die Reconvalescenz vollständig eingetreten ist.

Die Kranken erholen sich bei günstigen Aussenverhältnissen meist rasch; selbst höhere Grade von consecutiver Anämie vergehen schnell und ohne besonderem therapeutischen Eingreifen; nur ist die Anämie geringer, und die Erholung in allen Fällen rascher, wenn ceteris paribus keine Venäsectionen im Verlaufe gemacht wurden.

Andere Nachkrankheiten, wie Scorbut, Anasarca sind bei genuinen Pneumonien nicht zu beobachten, wenn nicht die frühere Constitution

des Kranken oder die Complication mit Blattern, Intermittens etc. deren Entstehen begünstigen.

Der zweite häufige Ausgang ist der Tod.

Pneumoniker sterben in allen Stadien der Krankheit, doch ohne weiters hinzutretender Complication zumeist da, wo die 2 ersten Stadien noch überwiegend sind.

Die Grösse der Hepatisation, hinzutretendes Lungenödem, die Gerinnung faserstoffiger Massen im Herzen und den Gefässen sind die materiellen Ursachen des Todes.

Manchmal ist keiner dieser Umstände im hinreichenden Masse vorhanden, dann sucht man die Ursache des Todes in der Beschaffenheit des Blutes oder in der erfolgten Lähmung der Lunge.

Nach diesen verschiedenen Zuständen gestaltet sich das Krankheitsbild vor dem Ende des Lebens auch verschiedenartig. Der Sopor ist in allen Fällen ein hochgradiger, die Agonie meist von längerer Dauer, das hinzutretende Lungenödem erzeugt starke Rasselgeräusche etc.

Was die weiteren Ausgänge anbelangt, so wird vom Tuberculisiren weiter unten, bei der Tuberculose der Lunge gesprochen werden, und es gehört dieser Ausgang mit zu dem, was man gewöhnlich Phthysis florida nennt.

Die Eiterung (Abscessbildung) ist ein sehr seltener Ausgang, hiebei schmilzt nicht nur das Exsudat zu Eiter, sondern es werden auch die Zellenwände macerirt, es kömmt zur Bildung eines Abscessherdes von verschiedener Grösse, bis zu der einer Faust wurden schon welche gesehen.

Man könnte diesen Ausgang vermuthen, wenn bei Ausschluss der Tuberculose und eines (secundären) pleuritischen Exsudats die Fiebersymptome, so wie Lungen-Catarrh fortdauerten, und sich Schüttelfröste mit Verschärfung des Fiebers einstellten.

In der Folge kann es zur Entleerung des Abscesses durch die Bronchien nach aussen kommen, und da kann bei günstiger Lage und einiger Grösse (Plessimeter's) des Abscesses derselbe durch Auscultation und Percussion diagnosticirt werden. (Vide die physikalischen Zeichen tuberculöser Cavernen).

Was von diesen Eiterungen und den Vomicis clausis und apertis in älteren Schriften zu lesen ist, gehört meistens entweder der Tuberculose, oder den lobulären (eiterigen) Pneumonien an.

Bei der sogenannten Induration schmilzt das ergossene Exsudat in den Zellen nicht zu Eiter, sondern obsolescirt, wird dunkler, bildet mit dem Lungengewebe eine derbe, resistente, callöse Masse.

Durch Schrumpfung bilden sich Excavationen in der Mitte der Induration, oder es werden dort gelagerte Bronchi erweitert.

Ist diess einmal geschehen und liegt diese Stelle peripherisch, so können die physikalischen Zeichen wie bei Höhlenbildungen eintreffen.

Man findet aber immer um solche mit indurirten Gewebe umgebene Stellen auch obsolete Tuberkeln, und es lässt sich an dem Ausgang einer lobären Pneumonie in Induration allen Ernstes zweifeln.

Complicationen. Ausser den schon angeführten Prozessen, in deren Verlauf lobäre Pneumonie auftreten kann, und die dann als sich gegenseitig complicirende Zustände aufzufassen sind, ausser der Pleuritis und dem höheren Grade von Bronchialaffection, die nur in den wenigsten Fällen fehlen, sind noch zu erwähnen:

a) Intermittens-Prozess in Fiebergegenden oder bei Leuten, die schon an Intermittens gelitten, und hierauf — selbst nach längerer Zeit — der Pneumonie verfallen.

In diesen Fällen sind die auffallend starken Exacerbationen des Fiebers nicht selten am Beginne von Frost begleitet; die Heftigkeit der Brustsymptome (Beklemmung, Athemnoth etc.) so wie die Steigerung der physikalischen Symptome fallen in diese Zeit, der Eintritt der Exacerbationen ist ein streng typischer, nicht an die Abend- und Nachtzeit gebunden.

In der dann folgenden Remission ist das Fieber bedeutend geringer, die Brustsymptome ebenfalls, die physikalischen Zeichen zeigen Stillstand, selbst mässige Abnahme des Local-Prozesses. Neuer Anfall, neue Steigerung etc.

Fast nie fehlender Milztumor (auch geringe Grade eines chronischen Morbus Brightii), und die günstigen Resultate einer energischen Chinin-Behandlung in der Remission stellen die Diagnose ausser allen Zweifel.

Bei lethalen Ausgang dieser Fälle ist häufig das grösste Missverhältniss zwischen den Symptomen im Leben und dem objectiven Befunde in der Leiche gegeben.

b) Darmcatarrh mit diarrhoischen Entleerungen etc. gleich von Anfang oder im späteren Verlaufe.

c) Catarrh der Gallenwege, häufiger in den ersten Tagen, die Haut ist gelb, der Harn führt viel Gallenfarbstoff, manchmal Empfindlichkeit in der Leber- und Magengegend etc.

d) Andere croupöse Prozesse, welche sich im Verlaufe der Pneumonie als Complication ausbilden, sind Pericarditis und Meningitis

(Symptome vide am geeigneten Orte), sie fallen noch in das Höhestadium der Krankheit; die Pericarditis kann über die Lösung der Pneumonie fortbestehen, und ist dann eben so wie das schon oben erwähnte pleuritische Exsudat oder die chronischen Catarrhe eine Nachkrankheit derselben.

Bei Säufern verlaufen Pneumonien mit und ohne Hyperämie zu den Hirnhäuteu mit den höheren Graden des Delirium potatorum.

e) In sehr seltenen Fällen Glottis Oedem, welches nicht immer tödtlich sein muss.

Aehnlichkeit.

1. Von Bronchitis und Pleuritis mit ihrem Exsudate wird die Pneumonie in den meisten Fällen, wenn auch nicht gleich, doch nach kurzer Beobachtung und wiederholter Untersuchung durch die physikalischen Zeichen geschieden.

2. Von der tuberculosen Infiltration wird die Pneumonie durch den Habitus des Kranken, die Anamnese, den weiteren Verlauf und manchmal durch den Sitz der Hepatisation unterschieden.

In der ersten Zeit ist die Diagnose häufig nicht möglich.

3. Die von der Spitze oder der Tiefe der Lungen aus langsam zu Stande kommende Hepatisation kann beim stärkeren Fieber (und diess ist gewöhnlich der Fall) einige Tage für Meningitis gehalten werden.

Prognose.

Die croupöse Pneumonie gehört zu den schwersten acuten Erkrankungen, hat aber doch unter diesen die grösste Zahl einer günstigen Lösung aufzuweisen. Die Ausdehnung der Hepatisation erreicht oft eine bedeutende Ausdehnung, $^3/_4$ der ganzen Lunge werden nach und nach in den Bereich gezogen; mehr als die Hälfte der Luftwege ist gleichzeitig hepatisirt, und doch erfolgt Lösung, nachdem der Kranke nebst diesem Zustande durch einige Tage in Sopor, mit grosser allgemeiner Schwäche, kleinen fadenförmigen Pulse dahin gelegen ist; freilich kann in dieser Zeit in jedem Momente, ohne oder mit scheinbarer äusserer Veranlassung der Tod durch Lähmung oder Lungenödem eintreten; und in anderen Fällen kommt es gar nicht zu bedeutenden Graden des Localprozesses und der Tod tritt rasch ein.

Die Momente, welche im concreten Falle die Prognose bestimmen, sind:

a) Vor Allem die Complicationen, welche vor oder gleichzeitig mit der Pneumonie sich darstellen. Schlecht ist die Verbindung mit Exanthemen; man hat hier auf Abkürzung und milden Verlauf keine

Aussicht, der Prozess erreicht immer hohe Grade und gefährdet das Leben; auch sind hier Nachkrankheiten: pleuritische Exsudate, hartnäckige Catarrhe häufiger als sonst.

Schwangerschaft und noch mehr das Wochenbett, das Gallenfieber und Intermittens sind stets wichtige Complicationen; vor Allem die letztere, wenn nicht gegen die typischen Fieberanfälle bei Zeiten die nöthige Therapie eingeleitet wird.

Die schlechtesten Complicationen sind aber offenbar: Scorbut, Säuferdyscrasie, (Delirium potatorum) schon bestehender Morbus Brightii und Typhus.

In den genannten Fällen gehört ein günstiger Ausgang zu den Seltenheiten, sobald der Prozess nur irgendwie höheren Grades ist.

Bei scorbutischen Zeichen und bei jenen Säufern, welche noch von kräftiger Constitution sind, kann bei zweckmässiger, vor Allem nicht schwächender Behandlung immer noch die Hoffnung eines guten Ausganges genährt werden; nicht so bei Brightischer Krankheit und Typhus, hier ist ein rasches, durch nichts aufzuhaltendes Lungenödem und Tod, leider der meistens sichere Ausgang.

Von den im Verlaufe sich ausbildenden Complicationen sind höhere Grade derselben, oder wenn sie am Anfange oder auf der Höhe der Pneumonie sich ausbilden, auch stets gefährlich. So ausgebreitete Pleuritis am Anfange, so Meningitis und Pericarditis. Gegen das Ende der pneumonischen Ablagerung haben sie eine andere prognostische Bedeutung. Darmcatarrh, biliöse Complication sind meistens ohne erheblichen Einfluss auf den Verlauf der Pneumonie.

b) Das Alter und die Constitution des Kranken; Kinder, Alte und geschwächte Constitution sind mehr gefährdet als andere.

c) Stürmische Invasion, rasches unaufhaltsames Steigen gleich am Anfange, sind schlechte Zeichen; allmäliger Fortgang oder absatzweise kommende Schübe der Exsudation sind günstiger.

Das Zusammenfallen eines acuten raschen Verlaufes mit den sub *a* angeführten Zuständen ist das schlimmste Zeichen.

a) Sporadische Fälle heilen leichter, wenn das nöthige Regime und die geeignete Therapie bei Zeiten eingeleitet wird.

Das epidemische Vorkommen an und für sich bedingt gerade auch keine schlechtere Prognose, nur ist hier das Auftreten der Pneumonie mit den oben angeführten Zuständen, namentlich mit Morbus Brightii chronicus, mit Intermittens, mit Schwangerschaft, Wochenbett und Scorbut häufiger, und darum auch der Ausgang in den einzelnen Fällen bei derselben Therapie auch ein anderer.

Aber abgesehen hievon haben auch diese Epidemien manchmal einen bösartigen Charakter; gewöhnlich auf ihrer Höhe oder gegen das Ende derselben kommen rasche Todesfälle ohne hinreichender materieller Todesursache vor.

e) Hohe Grade der Hepatisation gefährden immer einige Zeit das Leben, wenn sie noch so langsam zu Stande gekommen sind; schlechter ist es dabei, wenn früher durch therapeutische Eingriffe der Kranke viel geschwächt wurde, und wenn auch ohne dem ein grosser Collapsus in den äusseren Theilen, ein starker Sopor des Kranken, grosse Pulsfrequenz mit sehr kleinen, schwachen oder aussetzenden Schlägen bestehen.

Therapie.

Das Regime bleibt dasselbe, wie es bei Lungenhyperämie angegeben wurde.

Die eigentliche Therapie kann eine mehr weniger eingreifende oder eine mehr exspectative, blos sopirende sein.

Abgesehen, dass jede derselben ihre partheiischen Verfechter und einen gleichen statistischen Nachweis ihrer Erfolge hat, zeigt die nüchterne Beobachtung und die tägliche Erfahrung, dass auch die höchsten Grade der Hepatisation ohne allen sogenannten Eingreifen günstig verlaufen, und sich die Kranken hinterher verhältnissmässig rascher erhohlen können —; aber andererseits ist es nicht weniger wahr, dass in allen, sowohl sporadischen als epidemischen Fällen bei jeder Art des Verlaufes, und auf jedem Stadium des Prozesses ein stärkerer therapeutischer Eingriff von überraschend günstigen Erfolg gekrönt werden kann.

Augenblicklicher Stillstand des Localprozesses, Nachlass der lästigen Symptome mit Schwinden der Lebensgefahr, rascher Eintritt durchgreifender Krisen können seine Folgen sein.

Es ist daher gewiss im concreten Falle nicht gleichgiltig, ob man den Prozess, namentlich in seinen Anfängen coupieren kann, oder ob man den Kranken der langen Gefahr eines jeden Augenblick und ohne weitere Umstände eintretenden Todes aussetzen soll.

Nur ist es im Allgemeinen und noch mehr in speziellen Fällen sehr schwer zu bestimmen, wann und welcher Grad des Eingreifens den erheblichen Vortheil gewähren könnte; diess und der Umstand, dass bei heroischer Therapie, wenn der Verlauf des Prozesses nicht coupirt wird, die Gefahr hinterher grösser, der tödtliche Ausgang ungleich leichter und die Reconvalescenz eine viel längere ist, sind die Ursachen, warum die weniger energische, mehr temporisi-

rende Behandlung täglich die Zahl ihrer Vertreter sich vermehren sieht.

Im Allgemeinen lässt sich als Grundsatz aufstellen; dass

a) heroische Eingriffe, besonders Venäsectionen in der ersten Zeit der Krankheit bei sonst gut constituirten Kranken und beim Mangel der gefährlichen Complicationen nie vom Nachtheile, häufig vom besten Erfolge begleitet sind; und diess vorzüglich dann, wenn der Grad des Fiebers den der schon bestehenden Localaffection unverhältnissmässig überragt.

b) Die Fortsetzung solcher Behandlung, also hauptsächlich die Wiederholungen der Venäsection nur dann zu rechtfertigen sind, wenn jedesmal durch sie eine auffallende Besserung nicht bloss der subjectiven Symptome, sondern auch des Fiebers und Stillstand oder langsameres Wachsen der Exsudation dadurch erzielt wird.

c) Dass in allen Fällen von schon weiter gediehener Hepatisation, gleichzeitig bestehender, nicht zu hebender Complication und bei geschwächten Individuen Aderlässe nachtheilig sind, besonders deren Wiederholungen, so bei grossen Hepatisationen, so bei herabgekommenen abgemagerten Individuen, so bei gleichzeitigen Exanthemen, Intermittens, Morbus Brightii, bei Säufern, im Wochenbette, bei Zeichen des Scorbuts etc.

d) Dass man auch von jeder weiteren eingreifenden Therapie (Tartarus emeticus, Calomel, etc.) um so leichter abstehen könne oder auch abstehen müsse, je weniger ein günstiger Erfolg auf die gereichten ersten Gaben des Medikamentes ersichtlich wird oder gar dasselbe den Zustand verschlimmert.

Nächst den Venäsectionen sind zur Beschränkung der Pneumonien noch folgende Medicamente im Gebrauche, und es werden nach Umständen mit ihnen bald Blutentziehungen gleichzeitig, bald letztere hiebei gar nicht in Gebrauch gezogen.

Der Tartarus emeticus in grösseren Gaben (von 3 bis 10 Gran und darüber); man hat in jedem Stadium und bei jedem Grade der Pneumonie hievon rasche, und vielleicht die günstigsten Erfolge aufzuweisen; nur muss er gut vertragen werden, darf nicht Erbrechen, nicht Diarrhoe erzeugen (geringe Grade der letzteren schaden nicht und werden durch die gleichzeitige Anwendung von Opium beseitigt), und muss bald (innerhalb 24—36 Stunden) eine günstige Wirkung hervorgebracht haben; sonst ist von ihm nichts zu erwarten.

Seine ecclatante Wirkung besteht darin, dass nach den ersten

(besonders grösseren) Dosen rasch, innerhalb einiger Stunden Besserung, Stillstand und sofortige Lösung sich einstellt.

Calomel in grösseren Gaben (6—12 Gran etc. täglich) durch einige Tage fortgesetzt.

Mit der Fortsetzung des Calomels ist es eine missliche Sache. Bei starken, kräftigen Individuen, grossem Fieber, starker Hyperämie zur Lunge und Gehirn sind einige Dosen (zu 2—3 Gran) als Ableitungsmittel auf den Darm den anderen Abführmitteln um so eher vorzuziehen, wenn diese wegen gleichzeitigen Darmcatarrh nicht leicht gegeben werden können.

Sollte man bei dessen Darreichung eine langsamere Zunahme der Hepatisation oder ein Stillstehen derselben beobachten, so ist mit demselben bei Zeiten auszusetzen; leicht könnte mit dem ersten Zeichen der Salivation ein pleuritischer (seröser) Erguss oder Lungenödem sich einstellen.

3. Digitalis in grösseren Gaben (20—30 Gran in infuso, etc.). Ich habe hievon nie einen Erfolg gesehen; kleinere Gaben, wenn sie sonst vom Magen gut vertragen werden, schaden wenigstens nicht.

4. Sublimat in kleiner Dosis. Nach meinen Erfahrungen verträgt sich derselbe mit Venäsectionen nicht, coupirt nicht rasch, hat auf hochgradige genuine Pneumonien wenig Einfluss; leistet dagegen augenscheinliche Dienste bei geschwächten (selbst der Tuberculose verdächtigen) Individuen, wenn der Verlauf nicht zu stürmisch, die Hepatisation noch nicht höhere Grade erreicht hat.

5. Essigsaures Blei, ist bei schwächlichen Individuen, tuberculösem Habitus, selbst chronischen Tuberkeln an der Lungenspitze und gleichzeitigen starken Bronchial-Catarrh nicht ganz zu versäumen.

6. Ipecacuanha (in der Dosis von 20—60 Gran in infuso) ein sehr schätzbares Mittel; coupirt selten, doch ist der Verlauf dabei nicht so stürmisch, und bei höheren Graden schon geschehener Hepatisation dasjenige Mittel, welches am augenscheinlichsten die Gefahr des Oedems abwendet, und eine durchgreifende raschere Lösung begünstiget; nur muss es da immer in grösseren Gaben (30—40 Gran pro die) gegeben werden.

7. Abführmittel (Salina, Senna etc.) und Nitrum als Unterstützung der Venäsectionen.

Die ersten sind angezeigt bei gastrischen Zufällen und grosser Trägheit des Darmes, wenn Calomel nicht gegeben werden kann;

aber auch mit ihnen darf nicht über die ersten Wirkungen derselben fortgesetzt werden.

Von Nitrum, welches bald in kleiner Dosis (15 Gran bis ½ Drachme), bald in grosser (von 2—6 Drachmen täglich) angelobt wird, habe ich weder bei der einen, noch der anderen Gabe etwas Besonderes gesehen.

8. Einathmungen von Chloroform oder Schwefeläther, täglich 3—6 mal gemacht, und nie bis zur Narcose fortgesetzt.

Sie beschwichtigen die subjectiven Symptome, machen das Athmen und den Puls weniger frequent, leiten eine mässige Transspiration ein. Diese Erfolge sind jedoch nur immer von kurzer Dauer; ein directer Einfluss auf Beschränkung des Prozesses ist nicht zu beobachten; der Verlauf geht weniger stürmisch, aber unaufgehalten fort.

Wenn nicht die Umständlichkeit dabei und der Mangel an verlässlichen Wärtern es verbieten, so ist diese Behandlung den anderen temporisirenden Mitteln z, B. Opiaten, vorzuziehen.

9. Aeusserlich werden zu demselben Zwecke mit einem der früher angeführten Medikamente angewendet: Blutegel und Schröpfköpfe (nur bei gleichzeitiger Pleuritis) mit Erfolg; Umschläge, und zwar feuchtwarme (Cataplasmen) oder kalte, letztere sind nur dann von guten (wenigstens symptomatischen) Erfolg, wenn die Tücher gut ausgewunden, die Umschläge zweckmässig gewechselt werden, und beim Wechseln derselben nicht stärkere Hustenanfälle sich einstellen; Mercurial-Einreibungen sind nicht zu verachten bei höheren Graden von Hepatisation, wenn hierauf der Fiebersturm nachlässt, oder wenn später die Lösung sehr langsam vor sich geht.

Vesicanzen nicht weiter oder längere Zeit in Eiterung gehalten, und direct auf die Haut des Thorax angewendet, finden eine erfolgreiche Anwendung zu Ende des Prozesses bei gleichzeitiger Pleuritis oder auch ohne dieser, wenn bei weiter gediehener Hepatisation die allmählige Ausbildung eines Lungenödems droht.

Unter der mehr exspectativen, temporisirenden Behandlung versteht man die Anwendung einzelner der genannten Mittel in kleiner Gabe: des Tartarus emeticus (zu ½—1 Gran), der Digitalis (zu 6—10 Gran), der Ipecacuanha (zu 10—15 Gran), des Calomel (2—3 Gran täglich), des Nitrums oder leichter Abführmittel ohne Aderlass oder die Anwendung der genannten Inhalationen oder der Narcotica: Opium, Morphium, Pulvis Doweri in mittleren oder kleinen Gaben ohne allen anderen Medikamenten.

Wie bereits gesagt, hat jede dieser Behandlungsweisen ihre Vortheile; jede einseitig fortgesetzt, bringt manchmal Nachtheile mit sich; man schadet in concreten Fällen durch das Zuvielthun nicht mehr und nicht weniger, als mit dem Nichtviel- oder Nichtsthun.

Wenn nicht der Genius epidemicus oder stationäre climatische oder rein individuelle Verhältnisse es anders gebieten, ist in den meisten Fällen eine combinirte Behandlung vorzuziehen; das Plus oder Minus von der einen oder der anderen Seite unterliegt einer Menge von Schwankungen, die im Allgemeinen bei acut-entzündlichen Prozessen nie angegeben werden können.

Angezeigt ist im Anfange oder bei nicht grosser Ausdehnung der Hepatisation ($\frac{1}{2}$—1 Lappen) und bei starkem Fieber, kräftiger Constitution des Kranken eine ausgiebige Venäsection (10—16 Unzen).

Wiederholungen derselben (mit Ausnahme vielleicht einer, die schon nach 6 Stunden, wenn kein Nachlass erfolgt, vorgenommen werden kann), sind nicht so leicht und nicht so ausgiebig zu machen; von Nutzen sind sie, wenn die erste einigen Erfolg gehabt und die Verschlimmerungen in grösseren Pausen (von 12—24 Stunden) erfolgen. Bei raschen unaufhaltsamen Steigen sind sie nicht zu wiederholen, und bei hohen Graden der Hepatisation (2 Lappen etc.) gar nicht oder nur sehr vorsichtig zu unternehmen; waren, welche schon vorausgeschickt, so müssen sie jetzt ganz unterbleiben.

Mit und ohne Venäsection sind in der ersteren Zeit (ehe der Höhepunkt erreicht ist) Tartarus emeticus, Calomel oder Ipecacuanha in oben angegebener Weise und mit Rücksicht auf den sichtbaren Erfolg anzuwenden.

Tritt nach der Venäsection oder den ersten Gaben von Brechweinstein oder Calomel auffallender Nachlass des Fiebers, Stillstand der Exsudation ein, so kann mit diesen Mitteln in kleinerer Gabe mit Mandelmilch, viel Wasser als Getränk und der symptomatischen Behandlung das Weitere abgewartet werden.

Bei höheren Graden von Hepatisation sind eine stärkere Infusion der Brechwurzel und nach Umständen Mercurial-Einreibungen anzuwenden.

Droht die Ausbildung eines Lungenödems schnell und mehr verbreitet, so sind Brechmittel (Ipecacuanha mit Tartarus 1—1 $\frac{1}{2}$ Drachme Ipecacuanha in infuso) in kurzen Intervallen zu geben, und das Brechen auf mechanische Weise (durch Reizen des Schlundes) zu unterstützen; hier haben auch grosse Gaben Calomel (4—6 Gr. pro dosi) mit Opium schon genützt; bei nicht rascher Ausbildung eines mehr umschriebenen Oedem's leisten Vesicanzen auch gute Dienste.

Die schon eingetretene Lösung erfordert ein strenges Regime.

Im ganzen Verlaufe ist manchmal eine symptomatische Behandlung nebstbei erforderlich; und zwar: gegen heftigere Hustenanfälle Morphium ($^1/_6$—$^1/_4$ Gran pro dosi), oder bei gleichzeitiger Diarrhoe Pulvis Doweri, ferner bei grosser Athemnoth, Erstickungsanfällen (ohne Oedem) Inhalationen von Aether und Chloroform, oder nach Herrn Direktor Helm's Vorschlag, das Riechenlassen von 2 Theilen Chloroform und ein Theil Oel; welches seiner leichten Anwendung wegen häufig vorzuziehen sein wird.

Bei starker Stuhlverstopfung, auch gegen das Ende der Krankheit Klystiere, Abführmittel.

Mässige Grade von Pneumonien oder sporadische Fälle oder Fälle mit langsameren Verlauf erfordern häufig nichts, als eine symptomatische Behandlung, wohl auch die nicht immer. Werden sie anfangs nicht durch eine Venäsection vollends coupirt, so thut's eine kleine Gabe Tartarus emeticus, etwas Pulvis Doweri, Morphium, Mandelmilch etc. etc.

Dieselbe symptomatische Therapie hat Platz zu greifen auch bei höheren Graden, und zwar gleich am Anfange des Prozesses, bei der Complication mit Exanthemen, Gallenfieber, Scorbut und bei der Tuberculose verdächtigen Individuen.

Grössere Gaben Ipecacuanha können bei Typhus, und sollen bei Morbus Brightii chronicus angewendet werden; ebenso grössere Gaben von Narcotica bei Säufern.

Intermittens als Complication erfordert nebst der allenfalls gestatteten Blutentziehung, (die nur mit genauer Würdigung der Luft- und Körperconstitution gemacht werden kann) und sonst mehr alterirenden Behandlung immer noch Chinin; und zwar Chinin in grösseren Gaben (20—30 Gran) in der jemaligen Remission.

Complicationen, die sich im Verlaufe ergeben, Meningitis, Pericarditis etc. erfordern manchmal locale Blutentziehung, Kälte, Hautreize etc.

Für Stimulantia hat man selten eine Anzeige, doch hat bei drohenden Oedem im weiteren Verlaufe, bei hochgradiger Hepatisation und starken Sinken des Pulses und der Kräfte manchmal Liquor ammonii anisatus ($^1/_2$—1 Drachme) in Infuso Ipecacuanhae die Gefahr abgewendet; und so wie hier Lösung erfolgt, erfolgte sie auch auf Campher in anderen Fällen, wo kein Oedem zu fürchten, und der Kranke nach grosser Exsudation schwach im tiefen Sopor ohne Expectoration dahinlag. In solchen Fällen können Stimulantia

zur Anfachung der ganz gesunkenen Vitalität versucht werden. Schädlich sind sie da, wo man in der früheren Zeit der Krankheit durch die sogenannten nervösen Symptome (Delirien, Somnolenz, kleinen Puls etc.) an die Existenz einer Pneumonia nervosa zu glauben verleitet, dieselben verabreicht.

Die Reconvalescenz erfordert selten Medikamente, bei höheren Graden von Anämie kann Eisen gegeben werden. Complicirende chronische Zustände müssen jetzt manchmal noch fort behandelt werden.

Nur verdient in diesem Zeitraume, so wie manchmal noch durch längere Zeit die grosse Reizbarkeit der Schleimhäute eine besondere Aufmerksamkeit. Vermeidung von Verkühlungen und Anstrengungen, Warmhalten des Halses und der Brust, Fetteinreibungen dieser Stellen und Extractum Liquiritiae, oder noch besser kleine Dosen Morphium sind hier manchmal nothwendig.

B. Die lobuläre (eiterige) Pneumonie. Pneumonia lobularis.

Pneumonische Herde vom kleinen umschriebenen Umfange (von der Grösse einer Erbse, bis zu der einer Wallnuss) meist peripherisch (peripherica), selten centrisch (centralis) gelagert, welche entweder mehr zerstreut, oder in manchen Fällen (bei Greisen) mehr gedrängt beisammenstehen, und welche ein mehr weiches, gallertartiges oder derberes zwar, aber nicht körniges Exsudat einschliessen, bald zu Eiter oder Jauche zerfallen, die Wandungen der einschliessenden Zellen mit in den Schmelzungsprozess ziehen, und so einen Abscess darstellen. Sie kommen aber auch gleich als Eiterablagerungen (soge nannte metastatische Abscesse) zu Stande.

Wir haben diese Herde schon ausführlich bei der Pyämie (1. Band) besprochen, hier nur noch Folgendes:

Diese umschriebenen Pneumonien und metastatischen Eiterdepots kommen häufig in den Lungen secundär zu Stande, liegen meistens peripherisch und mehr zerstreut, sind von Catarrh und Hyperämie der Lungen begleitet.

Ihre Diagnose macht man aus der gleichzeitig bestehenden Pyämie (vide diese), aus dem vorhandenen Catarrh und den Brustbeschwerden (Husten, Schmerz etc.)

Sie können auch heilen, wie dieses theils die in den Leichen nachgewiesenen rückgängigen Metamorphosen derselben, theils die Heilungen derselben nach Typhus, Blattern etc. beweisen.

Häufig verjauchen sie, die darüber liegende Pleura wird zum

Brandschorfe, und nach dessen Durchbohrung können sie zu Pneumothorax Veranlassung geben.

Ihre Aetiologie und Therapie ist bei der Pyämie abgehandelt. Sie kommen aber auch manchmal mehr primär bei marastischen alten Leuten zu Stande; liegen manchmal mehr gedrängt beisammen, können den Percussionsschall dem entsprechend modificiren etc. Auch hier haben sie dieselbe Tendenz zur Vereiterung, und es sind diess vorzüglich jene Pneumonien der Alten, die so gefürchtet, mit so trügerischen Zeichen einhergehen, rasch tödten etc., wie wir bereits schon oben bei den Ausgängen der Pneumonie darauf gedeutet haben.

C. Die catarrhalische Pneumonie.

Ist die Fortsetzung des Entzündungsprocesses der Bronchial-Schleimhaut auf die nächsten Lungenzellen und Läppchen. Sie besteht immer nur aus sehr umschriebenen Herden (vesiculäre oder lobuläre Pneumonie) in verschiedener Anzahl; und ist häufiger in den oberen als in den unteren Lappen.

Die betreffenden Lungenbläschen sind gewulstet und nicht mit faserstoffigem, sondern mit weisslichem schleimigen Secret gefüllt, welches beim angebrachten Drucke als kleines zähes Pfröpfchen hervorquillt, und sich mit dem Secrete anderer Zellen nicht gleich mischt. Die Durchschnittsfläche erscheint nicht granulirt; die einzelnen Läppchen fühlen sich auch derb an, knistern nicht beim Durchschneiden. Die mit diesen Läppcheu communicirenden Bronchialverzweigungen sind mit ähnlichem Exsudate angefüllt. Das umliegende verschont gebliebene Gewebe ist emphysematös etc.

Der Verlauf des Localprocesses hat hier dieselben Stadien, wie die croupöse Pneumonie.

Die Diagnose ist die der Bronchitis.

Nur bei grösserer Verbreitung und günstiger Lage zur Peripherie kann der Percussionsschall (wird leerer, dumpfer, tympanitisch) und auch die Auscultation (kein oder schwach bronchiales Athmen) modificirt werden.

Dieser Process kommt häufig bei Kindern vor, im Gefolge der Masern, des Keuchhustens, oder mit anderen Catarrhen; ist manchmal epidemisch, z. B. zur Zeit der Influenza.

Er kann tödtlich werden durch Lungenoedem, durch Hirnhyperämie; bei Kindern und beim chronischen Verlaufe durch Anämie etc.

Therapie ist die beim Bronchial-Catarrh und Bronchitis angegebene.

D. Die interstitielle (auch chronische) Pneumonie.

Hierunter versteht man eine Exsudation in das interstitielle Gewebe der Lungenzellen und auch theilweise in diese letzteren selbst, deren Produkt zum Theil sofort zu Bindegewebe organisirt, und mit dem Gewebe der Lunge zu einer zellig-fibrösen Substanz verschmolzen wird, in welcher die Lungenbläschen in Folge von Compression obliteriren, und endlich zu einem gleichartig zelligen Gewebe verwandelt untergehen. Man findet dann weisslich-derbe, nicht selten unter dem Messer knirschende Streifen oder derlei unförmliche Massen in der Lungensubstanz eingewebt. Diese Pneumonie schleicht, wenn sie chronisch ist, von einem Läppchen auf das andere; ihr gewöhnlicher Sitz sind die Spitzen der oberen Lappen. Die verödeten Lungenparthien sinken ein, ziehen das umgebende Parenchym in Form von narbiger Faltung nach innen, und erweitern die nahe gelegenen Bronchialkanäle. Manchmal enthält dieses Narbengewebe eine beträchtliche Menge Pigments (Rokitansky).

Häufig sind diese Stellen mit der Costal-Pleura fest verwachsen, häufig sind in ihnen und neben ihnen obsolete Tuberkel; ähnliche schwielige Streifen und Abkapselungen finden sich um alte tuberculöse Cavernen.

Es scheint dieser Process nur immer ein secundärer zu sein.

Bezugs seiner Diagnose ist auf Das zu verweisen, was beim Bronchial-Catarrh und bei Bronchial-Erweiterung gesagt wurde.

E. Die hypostatische Pneumonie.

Entsteht in Folge der hypostatischen Hyperämie in dem hinteren unteren Theile der Lunge; in den hyperämischen Parthien finden sich einzelne kleinere oder grössere Stellen infiltrirt, die nie granulirt erscheinen, sich derb anfühlen, nicht knistern, bläulich-roth oder schwärzlich aussehen, und mit wenig trüber blutiger Flüssigkeit gefüllt sind. Manchmal finden sich die infiltrirten Stellen weich, mürbe, ihr Inhalt blutig, eiterig oder mehr gallertartig.

Bronchial-Catarrh ist ein fast constanter Begleiter.

Die Pneumonie, die übrigens viel seltener als die blosse Hypostase ist, kommt manchmal in beiden Lungen, manchmal nur in einer vor.

Was die Diagnose anbelangt, so ist der Percussionsschall ge-

dämpft, leerer, die Resistenz eine grössere. Die Auscultation hört gewöhnlich nur starkes oder schwaches Schleimrasseln, oder stellenweise kein Athmen. Nur in sehr seltenen Fällen ist der Grad ein solcher, dass Bronchialathmen oder hohes Rasseln gehört wird.

Die übrigen Symptome sind verschieden nach dem sonst noch bestehenden Zustande.

Diese Pneumonie kann vorkommen bei alten cachectischen Leuten, wenn sie andauernd die Rückenlage beobachten, auch bei jungen Leuten kommt sie vor im Verlaufe des Typhus.

Was die Behandlung bei Typhösen anbelangt, so ist durch die fleissige Lageänderung des Kranken gleich vom Anfange dahin zu wirken, dass sich keine hypostatische Pneumonie ausbilde; übrigens erreicht sie selten höhere Grade, und ich habe in allen den hundert Fällen, die ich beobachtet, nie die Anzeige zu irgend welchem therapeutischen Eingreifen gefunden, wenn nicht der begleitende Catarrh Morphium erforderte.

Bei alten marastischen Leuten oder bei jüngeren typhösen Kranken da, wo Eiterschmelzung zu Stande kommt, und die Zeichen der Pyämie sich einstellen, gilt die bei der Pyämie angegebene Behandlung.

VI. Brustfellentzündung. Pleuritis. Erguss in die Brustfellsäcke, Exsudatum pleuriticum.

Injection und Röthe, Trübung und Verdickung der Pleura und die Gegenwart von Exsudat (Erguss) nebst dessen Metamorphosen, und die in seinem Gefolge aus und in dem Substrate des Exsudations-Prozesses auftretende Gewebs-Vegetation (Pseudomembranen) sind die anatomischen Charactere der Pleuritis in den verschiedenen Stadien ihrer Ausbildung.

Röthe und Injection gehen nach erfolgter Exsudation im mannigfachen Verhältnisse zurück. Die Trübung und Verdickung rührt von seröser Infiltration der Haut und des subserösen Bindegewebes und deren Lockerung her. Die Oberfläche der Pleura ist matt, glanzlos, filzig aussehend, die Pleura ist trübe, undurchsichtig, leichter zerreisslich und leichter ablösbar.

Das Exsudat ist anfangs immer flüssig, und besteht nebst seinem wässerigen Antheile aus den im Blutplasma gelösten Stoffen und den zufälligen Beimischungen des Blutes.

Im Anfange, wo die Exsudate nur selten Gegenstand der patho-

logischen Untersuchung sind, stellen sie alle schwach (gelblich oder grünlich) gefärbte oder ganz farblose, meist klare Flüssigkeiten dar, welche entweder mehr dünnflüssig oder im verschiedenen Grade klebrig und dickflüssig sind.

Bald treten in jedem Exsudate wesentliche Veränderungen auf, welche zunächst von der Menge und Qualität der vorhandenen plastischen Stoffe im Exsudate abhängen, und denen zufolge die Exsudate von den pathologischen Anatomen weiters in fibrinöse, albuminöse und seröse unterschieden werden.

Ganz rein kommt die erste Form nicht vor, daher man weiter serös-fibrinöse und albuminös-fibrinöse Exsudate unterscheidet, je nachdem nebst den aus dem Exsudate herausgerinnenden Fibrin ein grösserer Antheil von albumenarmen Serum oder ein albumenreiches Serum vorhanden ist.

Je nach der Menge des vorhandenen Faserstoffes stellt er sich in verschiedener Form selbst als häutige Ausbreitung mit gleichförmigen oder areolirten Aussehen und verschiedener Dicke dar. Er liegt der Pleura an, von welcher er leicht abstreifbar ist, oder hängt ihr fest an, und bedingt selbst vorübergehende Anheftungen der beiden Blätter. Dieses Exsudat begleitet gewöhnlich croupöse Pneumonien.

Das albuminöse Exsudat stellt eine klare farblose, klebrige, fadenziehende synnoviaartige Flüssigkeit dar, dessen Albumen durch die bekannten Reagentien meist in reichlicher Menge gefällt wird.

Das vorwaltend seröse ist wenig klebrig, nicht fadenziehend, einer dünnen Synnovia ähnlich.

Die fibrinösen Exsudate, welche nie in grösseren Mengen auf einmal gesetzt werden, gehen bald die eiterige Schmelzung, bald die Verschrumpfung ein, letzteres auch gerne dann, wenn der übrige Antheil des Exsudats (die meist der ersten Exsudation folgenden späteren Schübe) ein mehr seröser gewesen und durch Resorption entfernt wurde.

Die albuminösen werden durch das Auftreten von verschiedenen Elementen: Elementarkörnchen, Kernen und Zellen, Fett etc. trübe, flockig, opak, weisslich gelb, weisslich, dicklich etc.

Bei durchgreifender Zellenbildung (und deren weiteren Verfall in Körnchenzellen etc.) bei albuminösen, und bei gleichzeitigem eiterigen Schmelzen des Fibrins (bei albuminös fibrinösen) stellen diese Exsudate eiterartige Flüssigkeiten dar, welche nur durch die geringe Menge der genannten Formelemente sich vom anderen Eiter unterscheiden, und manchmal auch hier das Aussehen und die Consistenz

des sogenannten wahren Eiters annehmen, so z. B. bei Pyämie, bei Wöchnerinnen etc. Man nennt dieses gewöhnlich die eiterige Metamorphose des Exsudats.

Diese Exsudate können auch jauchig werden; sie sind dann missfärbig, haben einen üblen Geruch, zeigen Krystalle von Trippel-Phosphaten, entwickeln Gase etc.

Die serösen Exsudate erhalten sich als solche am längsten, weil die Veränderungen, die in dem vorhandenen plastischen Stoffen stattfinden (Schrumpfung und Verfettung des Fibrins, Zellenbildung und Zerfall zu Detritus des eiweissartigen Antheils) theils nicht so durchgreifend, theils nur allmählig erfolgen.

Auch nach bereits stattgefundener Körnchen- und Zellenbildung und deren weiteren Metamorphosen findet bei diesen Exsudaten Resorption statt. Der flüssige Theil wird entfernt, von dem anderen wird auch ein Theil nach früher eingetretener Degeneration zu Fettkörnchenzellen und Detritus zur Resorption geeignet. Häufig bleibt aber ein Rest des eiterigen Exsudats in Form von Tuberkelmasse, oder eines dicken, klebrigen, verkreidenden Breies zurük, welcher Fettkügelchen und Cholestearin-Krystalle enthält; oder es bleibt eine kalkmilchartige, fettig klebrige Flüssigkeit mit Krystallen zurück.

Als weitere Folge des Entzündungsprozesses finden sich die im Substrate des Entzündungsprozesses auftretenden Gewebs-Vegetationen vor.

Auf den ihres Glanzes und der Glätte beraubten Stellen der Pleura bilden sich aus dem am Orte gelieferten Plasma nach vorgängiger Metamorphose zu Bindegewebselementen Lager in Form eines zartfilzigen Anfluges, leistenartig verzweigter und zusammenhängender Fältchen, welche sich weiter zu einfachen oder areolirten Lamellen, zu einem Maschenwerke konstituiren.

Solche Pseudo-Vegetationen erreichen manchmal eine namhafte Dicke, es bilden sich hieraus ausgebreitetere Membranen, Stränge, Leisten, welche in Form eines Strick- und Fachwerkes das Exsudat durchsetzen.

In diesen Vegetationen finden sich Gefässe, die dann zur Fortwucherung das nöthige Materiale herbeiführen.

Diese Pseudomembranen sind zunächst die Veranlassung zur Verklebung der Pleurablätter mit einander, so wie die einmal zu vascularisirtem Bindegewebe ausgebildeten die Verwachsungen erzeugen, mittelst Fäden, Platten etc. entweder stellenweise, oder in der

ganzen Ausdehnung. Das neue Bindegewebe erzeugt auch die Sehnenflecke.

Oder ist bei grösserer Menge des Ergusses oder dessen zu später Resorption keine Verwachsung erfolgt, so findet sich auf einer gewissen Strecke oder in gewisser Ausdehnung eine festsitzende, mehrere Linien dicke schwielige Masse aufgelagert, welche aus vielfachen, untereinander verwebten Maschenwerken besteht. Auch diese Schwielen verwachsen, wenn der noch vorhandene Erguss resorbirt wird; oder aber es ist der rückständige Antheil des Ergusses innerhalb dieses schwieligen Gewebes eingeschlossen; und daselbst in Form eines fettig-klebrigen, cholestearinhältigen, kalkmilchähnlichen Fluidums oder eines schmierigen, verkreidenden Breies oder einer tuberkelartigen Masse zu finden (wie bereits oben angeführt).

Diese Pseudomembranen sind ferner der Sitz von Tuberkelbildung (auch ohne gleichzeitiger Tuberculose in den Geweben der Organe).

Man findet nämlich auf der Pleura gleich wie auf anderen serösen Häuten manchmal eine dicke membranöse Ausbreitung, welche aus verschiedenen, der Farbe und Consistenz nach nicht gleichen Lagen besteht und verschiedentlich dick ist. Die jüngeren, von der serösen Membran entfernteren Lagen sind mit Tuberkeln in Form von grösseren und kleineren, theils weicheren lichteren, theils dunkleren festeren Knötchen durchsetzt.

Die membranösen Lagen bestehen bei genauerer Untersuchung aus structurlosen oder faserigem Bindegewebe, in welchem spindelförmige Zellen nebst Gefässen in verschiedenen Stufen ihrer Entwicklung zu finden sind. In den schwieligen Schwarten finden sich endlich auch kalkartige Bildungen vor.

Manchmal geht aus noch unbekannten Ursachen eine Zerstörung in den neugebildeten Schichten vor sich, welche durch die Pleura auf die Lunge sich fortsetzt, und so Exulceration mit consecutiven Pneumothorax setzen kann.

Das eigentliche hämorrhagische Exsudat ist immer eine secundäre Erscheinung. Es findet sich erst neben den neuen pseudomembranösen Bildungen (kommt hier am häufigsten mit der Tuberkelbildung in diesen zu Stande) in Folge der Zerreissung von Gefässen, und diess vorzüglich nur in den späteren Schichten dieser Häute. Die Menge des hiebei vorfindigen Blutes ist verschieden, manchmal ist dieselbe beträchtlich; bald erscheint das Blut in flüssiger Form, bald in Form von umfangreichen Gerinnungen dem Exsudate beige-

mischt; oder es ist dasselbe in den verschiedenen Fachwerken der Neubildung aufgehäuft etc.

Die andere Form des hämorrhagischen (eigentlich unrichtig so genannt) Exsudats ist die, wo das primäre Exsudat durch Beimischung von Blutroth eine entsprechend dunkle Färbung bekommt. Diese Beimischung des Blutrothes findet entweder gleich beim Anfang der Exsudation statt so bei scorbutischer, septischer Beschaffenheit des Blutes; oder es kann, wenn ein Exsudat längere Zeit schon bestanden und in der Folge sich eine solche Beschaffenheit des Blutes ausgebildet hat, ein weiterer Nachschub von mit Blutroth geschwängerten Serum Statt finden.

Die Menge der ursprünglich abgesetzten Exsudate ist nicht gleich, am geringsten fallen sie bei den fibrinösen und überhaupt bei den mehr plastischen aus; seröse Ergüsse sind immer ausgiebiger.

Uebrigens findet der Erguss in keinem Falle mit einem Schube statt; und bei den gemischten Formen scheint es Regel, dass die ersteren Exsudationen mehr plastisch und geringer, die späteren mehr serös und copiöser ausfallen. Die Menge seröser Ergüsse kann bei 12—15 Pfund betragen.

In Folge der Anhäufung von Flüssigkeitsmengen im Thorax wird die Lunge comprimirt; die Compression fängt am hinteren unteren Theile der Lunge an, weil die Exsudatflüssigkeit dem Gesetze der Schwere folgend sich dort zunächst ansammelt.

Nach der Menge der Flüssigkeit ist der Grad und die Ausdehnung der Lungen-Compression verschieden; sie kann einen Lappen, die ganzen Lungenflügel betreffen; nur eine theilweise oder eine vollständige sein.

Die Lunge büsst dem entsprechend an ihren Volum ein, ist zähe, selbst lederartig, bleigrau, blut- und luftleer, knistert nicht und sinkt im Wasser zu Boden. Die comprimirte Lunge wird, wenn sie nicht früher schon angewachsen war, nach hinten und oben an die Wirbelsäule gedrückt.

Wird die Flüssigkeit bald resorbirt, so kehrt die Lunge zu ihrem früheren Volum zurück; geschieht ersteres nicht, oder gelangt mittlerweilen die Bildung der oben angegebenen schwieligen Häute zu hindernden Graden, so atrophirt die Lunge ihrerseits zu einer dichten Schwiele zusammen, in welcher selbst der grösste Theil der Gefässe obsolescirt.

Bei Compression des unteren Lappens dehnen sich die Ränder des oberen emphysematös aus.

Denselben Druck, den das flüssige Exsudat auf die Lunge ausübt, übt dasselbe auch auf die nächsten Weichtheile aus, und so sehen wir in Folge desselben das Zwerchfell tiefer in die Bauchhöhle gedrängt, gleichzeitig wird bei rechtseitigem Ergusse die Leber, bei linkseitigen die Milz tiefer herabgedrückt; linkseitiges Exsudat verdrängt das Herz gegen die Mittellinie des Körpers, ja die Spitze desselben bis zur rechten Brustwarze.

Die Intercostal-Muskel werden durch diesen Druck hervorgetrieben (die Zwischenrippenräume schwinden, gleichen sich aus); der Thorax der leidenden Seite wird umfangreicher und convexer.

Tritt die Resorption erst zur Zeit ein, wo die Lungen sich nicht wieder ganz ausdehnen können, so sinkt der Thorax dem Drucke der äusseren Luft nachgebend ein, flacht sich ab, verliert an Umfang; die Schulter und das Schulterblatt der kranken Seite stehen tiefer, die Wirbelsäule krümmt sich oben nach der gesunden und in der Lendengegend nach der kranken Seite (Compensationskrümmung) aus; die Rippen nähern sich gegeneinander, stossen zusammen etc.

Bei Bildung von callösen Schwielen an den oberen Theilen der Lunge mit Adhäsion und Atrophie des Gewebes stellt sich die Abplattung nur oben ein.

In Folge der mechanischen Störung, welche dem kleinen Kreislaufe durch die Compression der einen Lunge gesetzt ist, kommt es bei längerer Dauer dieses Prozesses zur Hypertrophie oder Erweiterung des rechten Herzens etc. etc.

Krankheitsbild und Verlauf.

Wie schon aus der anatomischen Darstellung ersichtlich, ist die Pleuritis einmal mehr verbreitet, das andere Mal mehr umschrieben (partialis); einmal mehr acut, das andere Mal sehr chronisch verlaufend. Wir werden ferner sehen, dass dieser Prozess manchmal selbstständig, in anderen Fällen hingegen secundär, bald mannigfach complicirt sein kann.

Was wir im Folgenden als Krankheitsbild für Pleuritis und Exsudatum pleuriticum aufstellen, bezieht sich zunächst auf die selbstständigen Formen bei jungen, sonst gesunden Leuten, wo der Prozess gewöhnlich eine grössere Ausbreitung gewinnt und das Exsudat in der Regel copiös, ein plastisch-seröses ist.

Auch hier lassen sich die Symptome nicht nach Stadien scheiden, und es stehen die Zeichen der Hyperämie mit jenen des Exsudats längere Zeit gemischt, gewöhnlich bis zur Vollendung des Er-

gusses nebeneinander fort; von da an aber geht in günstigen Fällen der Prozess gleich die rückgängige Metamorphose ein.

Selbstständige hochgradige Pleuritis fängt mit starkem Fieber an, heftiger länger dauernder Frost, starke Temperatur-Erhöhung, frequenter, voller, starker und manchmal auffallend gespannter Puls (pulsus pleuriticus der Alten). Das Fieber macht auffallende Remissionen wie selbe nicht leicht, fast nie bei parenchymatösen Entzündungen zu beobachten sind; Symptome von Hirnhyperämien fehlen nie, manchmal sind sie auch höheren Grades.

Brustsymptome. Das Athmen ist beschleunigt und ungleichförmig, beides im höheren Grade als bei reiner Pneumonie, der kranke Thorax athmet bei nur irgend ausgebreiteter Pleuritis gar nicht.

Der Kranke klagt über lebhafte, continuirliche festsitzende, stechende Schmerzen an der betreffenden Seite, kann in dieser Seite nicht liegen, vermeidet alle Bewegungen, weil hiedurch, so wie durch tieferes Athmen, Sprechen etc. der Schmerz gesteigert wird.

Der Husten ist frequent, meistens sehr frequent, kommt nicht anfallsweise; ist kurz, trocken und wird des Schmerzes wegen zu unterdrücken versucht.

Die Percussion gibt manchmal schon bald (innerhalb 24—48 Stunden) einen deutlich gedämpften oder tympanitischen Schall an einer beschränkten Stelle; häufiger noch wird daselbst ein leichtes, bald stärker werdendes Reibungsgeräusch gehört.

Bei erfolgender weiterer Exsudation, namentlich den folgenden grösseren (daher auch gleichzeitig mehr serösen) Nachschüben senkt sich das Exsudat nach hinten und unten, steigt jetzt rasch, die Lunge wird, wie schon gesagt, von unten aus comprimirt und allmälig nach hinten und oben geschoben etc.

Hat dieses Exsudat eine hinreichende Höhe erreicht (und diess geschieht gewöhnlich), so treten die für pleuritische Ergüsse charakteristischen physikalischen Symptome hervor.

Die betreffende Thoraxseite erscheint umfangreicher, wird sie gemessen, so ergibt sich manchmal ein auffallender Unterschied (hier ist nicht zu vergessen, dass die rechte Seite auch im normalen Zustande bis $1/2$ Zoll weiter sein kann. Stockes). Die Zwischenrippenräume sind verstrichen, bei linkseitigem Exsudate sieht man das Herz mehr gegen das Brustbein anschlagen (in höheren Graden ist der Herzstoss gar nicht; in noch höheren auf der rechten Seite des Thorax zu sehen); die aufgelegte Hand empfindet das Vibriren der Stimme beim Sprechen nicht. Der Percussionsschall ist auf der kran-

ken Seite bis zum Niveau des Exsudats dumpf und leer, an der Grenze des Exsudats meist tympanitisch; bei rechtseitigem Prozesse reicht der dumpfe Schall, der Verdrängung der Leber entsprechend, über die falschen Rippen herab. Der percutirende Finger findet einen grösseren Widerstand als bei der Hepatisation; auch die Elastizität der betreffenden Stelle ist aufgehoben.

Bei der Auscultation vernimmt man im Bereiche des Exsudates kein Athmungsgeräusch, manchmal an den Grenzen desselben ein schwaches oder unbestimmtes Athmen. An der Stelle, wo die comprimirte Lunge liegt, hört man (bei dem gewöhnlich vorhandenen Compressionsgrade und nicht verstopften Bronchus) Bronchial-Athmen, bei plastisch-serösen Exsudaten ziemlich stark, und auf die Ausdehnung von ein paar Zoll; daselbst wird auch laute Bronchophonie (manchmal Lännec's Aegophonie) gehört, die von da aus gegen die weitere Peripherie des Thorax schwächer wird, endlich ganz aufhört. Consonirende Rasselgeräusche werden nur ausnahmsweise gehört.

Auf der gesunden Seite ist verstärktes Zellenathmen (pueriles Athmen) zu vernehmen.

Catarrh der Mund- und Darmschleimhaut sind manchmal zugegen. Der Stuhl kann normal, angehalten, etwas diarrhoisch sein.

Der Harn ist von entzündlicher Beschaffenheit, namentlich stark sauer, hat viel Uroerethrin und meist auch überwiegend phosphorsaure Verbindungen. Geringe Mengen Eiweiss fehlen selten.

Diese Symptome stehen mit entsprechender Zunahme der physikalischen Zeichen, meist auch der Athemnoth und dem oft raschen Nachlasse der stechenden Schmerzen eine ganz unbestimmte Zeit meist zwischen 1—3 Wochen, wo die Exsudation ihre Höhe erreicht.

Auffallend sind nur in der Mehrzahl der Fälle die stossweise sich gestaltenden Schübe des Ergusses, welche den starken Fieberexacerbationen entsprechen und das eigentliche Steigen bedingen.

Ist der Erguss beendet, so bleiben die Verschärfungen des Fiebers aus, das Exsudat steigt nicht mehr; die subjectiven Symptome werden leichter, die Athmenfrequenz geht zurück; der Puls bleibt zwar frequenter, (verliert aber auch an Frequenz) ist aber nicht voll, nicht stark. Die Hyperämie der äusseren Theile schwindet und der Kranke sieht mehr anämisch, oder bei reichlicher Menge eines vorwaltend plastischen Ergusses schwach icterisch aus.

In den seltensten Fällen erfolgt die Resorption des Ergusses jetzt gleich, und da geht sie gewöhnlich auch rasch vor sich.

Häufiger ist es, dass sich das Exsudat auf der errungenen Höhe Wochen lang erhält, und die Resorption desselben bei schon eingetretener Besserung der Vegetation des Kranken erst allmählig zu Stande kömmt.

Der Kranke gewöhnt sich mittlerweilen an seine Last, das Athmen erscheint ihm leicht (obgleich es immer frequenter und ungleich bleibt), er liegt jetzt lieber auf der kranken Seite, die Schwäche und Hinfälligkeit bessert sich, die Pulsfrequenz bleibt grösser (als Folge gestörter Circulation); zeitweiser Husten und zwar jetzt auch feuchter mit wenig dicken katarrhalischen Auswurfe stellt sich ein.

Die Harnsecretion ist eine starke, der Harn lichter an Farbe, trübe, reagirt alkalisch und führt starke, schleimig aussehende Bodensätze, welche von Uraten und Phosphaten herrühren, und durch anhängendes Uroërethrin auch eine gelbliche, gelblichröthliche Färbung haben können.

Tritt die Resorption gleich nach beendeter Exsudation ein, so ist nebst diesen starken Niederschlägen im Harne auch ein kritischer Schweiss vorhanden. Gewöhnlich aber ist sedimentirender Harn und mässiger Schweiss Crisis des Fiebers; die Exsudation nimmt dabei nicht weiter zu, bei der dann in Wochen, selbst Monaten erst folgenden Resorption fehlt der Schweiss gänzlich, und der Harn ist sehr reichlich (2—4 grössere Flaschen des Tages), aber nicht überladen mit salzigen Verbindungen, hat eine grünlich gelbe Farbe und sedimentirt nicht.

Bei günstigen Aussenverhältnissen (guter Jahreszeit, Aufenthalt in frischer, gut temperirter Luft, guter Kost) kann auch die Resorption dann rasch erfolgen, wenn sie anfangs längere Zeit auf sich warten liess, häufiger geht sie auch dann langsamer vor sich, kann aber selbst nach monatlanger Dauer vollständig noch erfolgen.

Unter Zunahme des besseren Aussehens des Kranken und seiner Kräfte gehen die physikalischen Symptome zurück; an den Stellen, wo nach Resorption des flüssigen die mit plastischen Exsudaten etc. bedeckten und rauhen Flächen der Pleura in Berührung kommen, hört man ein starkes, gewöhnlich einige Zeit andauerndes Reibungsgeräusch (Neuledergeräusch). Einsinken des Thorax ist nicht die nothwendige Folge, selbst wenn das Exsudat länger gestanden hat; erfolgt sie, so geschieht es in oben angegebener Weise.

Von diesem hier angegebenen Bilde und Verlaufe gibt es eine **Menge Varianten**, und es lassen sich hier nur die wesentlichsten derselben anführen.

a) Vorwaltend plastische Exsudate sind seltener und noch seltener hochgradig.

Fibrinöse begleiten die Pneumonie, oder entstehen nach localen mechanischen Schädlichkeiten: Stich, Stoss, etc. Im ersten Falle werden sie an dem stechenden Schmerze zu Anfang der Krankheit und durch die Gegenwart des Reibungsgeräusches im ersten und dritten Stadium der Pneumonie erkannt; sie sind der Ausdehnung der Hepatisation entsprechend gross, und theilen das Schicksal der letzteren; daher im günstigen Falle rasche, vollständige Resorption an der Tagesordnung ist. Im zweiten Falle hängt der ganze Sachverhalt von Umständen ab, in die einzugehen hier nicht der Ort ist.

Es kommen aber auch fibrinöse Exsudate bei kräftigen jungen Männern vor, die eine grosse Ausbreitung gewinnen, sehr gefährliche Erkrankungen darstellen und immer in die Länge verlaufen.

Starkes Fieber, heftiger Entzündungsschmerz, Dyspnoe, starker Husten, keine auffallende Remission am Anfange.

Die physikalischen Zeichen mit Ausnahme des meist mehr verbreiteten Reibungsgeräusches gestalten sich langsamer, nur allmälig; es kommen Anfangs keine stärkeren Schübe des mehr flüssigen Exsudats. Die Zeichen bleiben durch die ersten Wochen so stehen, dass sie grosse Aehnlichkeit mit der Pneumonie darbieten; das Bronchial-Athmen und die verstärkte Stimme sind in grösseren Umfange und stark zu hören, der Perkussionsschall ist nicht so leer; die Verdrängung der nächsten Organe nicht so hochgradig. Doch fehlt letztere nie ganz, und wird im weiteren ungünstigen Verlaufe mit einem Mal bedeutend; durch die weiteren Schübe der Exsudation die dann auch rasch in grosser Menge erfolgen können.

Diese Fälle sind es, welche gerne durch den folgenden serösen Nachschub oder durch Lungenoedem tödten; oder ein langes gefährliches Krankenlager mit noch längerer Reconvalescenz nach sich ziehen, aus welcher der Patient selten mehr ganz gesund und mit normal gestalteten Thorax herausgeht.

Die im Pleura-Sacke statt findende Tuberculose, ohne anderweitigen Tuberkeln gehört auch hieher; nach Monat langer Dauer des Fiebers und des schmerzhaften Zustandes verfällt der Kranke ganz, magert rasch zum Skelette ab, profuse nächtliche Schweisse, unregelmässig Frostanfälle und Fieberverschärfungen vollenden das traurige Bild.

b) Vorwaltend albuminöse, rasch und durchgreifend zu Eiter sich gestaltende Exsudate kommen bei höheren Graden der

Pyämie; Durchbruch von Abscessen in die Brusthöhle im Wochenbette, bei Tuberculösen, manchmal nach Typhus, nur selten bei sonst anämischen, herabgekommenen Individuen vor.

Auch sie verlaufen unter starken fieberhaften Symptomen, mit typhösen und icterischen Zufällen.

Das Exsudat ist physikalisch leicht nachweisbar. Der Verlauf sehr acut und ungünstig.

Bei albuminös-fibrinösen Ergüssen, die jedesmal auch hochgradig auftreten, und wobei durch die physikalische Untersuchung das vorhandene Flüssigkeitsquantum ausser Zweifel gesetzt wird; vermuthet man dann den Eintritt von mehr weniger durchgreifender Eiterbildung im Exsudate, wenn das Fieber über das Steigen des Exsudats fortdauert oder wieder sich einstellt, nachdem es bereits verschwunden war; wenn die Fieberbewegungen sich paroxysmenweise gestalten, und von Schüttelfrösten begleitet sind, wenn der Kranke collabirt und gelb wird, wenn die subjectiven Symptome, die Athemnoth, etc. unverhältnissmässig den Stand oder das Steigen des Exsudats überragen.

Gewöhnlich sind starke lästige Schweisse, stark sedimentirender Harn, manchmal eiterige (symptomatische) Miliaria oder Sudamina vorhanden. Hieher gehören auch die häufigeren Complicationen mit Pericarditis und Peritoneitis.

Der Verlauf ist hier immer in die Länge gezogen, vollständige Gesundheit nur selten. Häufiger ist schneller Tod mit und ohne hinzutretenden Oedem, mit und ohne anderen pyämischen Ablagerungen, oder der langsame Tod auf dem Wege des Siechthums oder des folgenden Hydrops.

In der Leiche findet man das Exsudat in verschiedenen Graden der eiterigen (zellenbildenden) Metamorphose, oder bei längerer Dauer im Rückschreiten begriffen, den flüssigen Antheil mehr resorbirt, das übrige eingedickt, tuberculisirt etc. etc.

c) Vorwaltend seröse Exsudate kommen verhältnissmässig am schnellsten, und unter den geringsten Symptomen zu Stande.

Mässiges Fieber, mässiger Brustschmerz, wenig Beklemmung und ziemlich rasches Steigen der Exsudation. In anderen Fällen wohl grösserer Fiebersturm, heftigere Symptome, doch kürzere Dauer derselben, und mit beendigter Exsudation rasches Schwinden derselben. In anderen endlich, aber doch nur vereinzelten Fällen nicht beachteter vorübergehender Brustschmerz, leichter, trockener Husten, und

hinterher eine grosse Menge des Exsudats, auf welches der Kranke durch keine subjectiven Zeichen aufmerksam gemacht wird.

Seröse Exsudate kommen aber immer ceteris paribus unter den geringsten Störungen zu Stande ; auch gehen sie, wenn gleich langsam und auch nicht immer vollständig, doch am häufigsten auf dem Wege der Resorption spurlos vorüber. Sie werden am leichtesten getragen, und bringen der Constitution des Kranken keinen so erheblichen Nachtheil.

Diese Exsudate sind es, wo die physikalische Diagnose die wesentlichsten Dienste leistet, und wo ihre Zeichen auch in der reinsten Form für Exsudate vorkommen.

Diese Formen sind es, wo das Exsudat als schon gesetztes, fertiges, der alleinige Gegenstand der Behandlung wird. Fieber und Hyperämie fehlen entweder ganz, oder sind ohne wesentlicher Bedeutung.

Vorwaltend seröse Ergüsse finden sich nicht allein bei älteren, cachectischen Individuen, sondern sie bilden sich, und häufig auf ganz unmerkliche Weise auch bei Reconvalescenten nach Pneumonien mit oder ohne vorgängiger Pleuritis plastica, nach Typhus, bei und nach Intermittens, bei Exanthemen, bei Morbus Brightii chronicus, bei Chlorose etc.

Dass übrigens auch plastische Exsudation und die darauf folgende Pseudovegetation beim umschriebenen Vorkommen spurlos verlaufen kann, beweisen die Verwachsungen gesunder und tuberculöser Lungen in den Leichen derer, wo im Leben keine Zeichen des Pleuritis bestanden haben.

d) Das fälschlich sogenannte primäre hämorrhagische Exsudat (Blutplasma mit aufgelöstem Blutroth) kommt unter den Symptomen bald eines mehr serösen, bald eines mehr plastischen Exsudats zu Stande. Die Zeichen der gleichzeitig bestehenden Blutsepsis lassen die nähere Diagnose muthmasslich stellen.

Ihr Verlauf ist gewöhnlich schnell und ungünstig.

Das secundäre hämorrhagische Exsudat ist der speziellen Diagnose nicht zugängig.

Es erfolgt meistens spät, wo die Anämie und Schwäche des Kranken ohnehin schon gross, für allenfalsige Blutungen nicht als diagnostischer Behelf gebraucht werden kann; die physikalischen Zeichen bleiben dieselben, die sie waren, und nach Aussen findet dabei keine Blutung statt.

e) Wenn sich im Verlaufe des pleuritischen Exsudats nebst den

Zeichen der Pyämie auch die des Pneumothorax einstellen, ist das jauchige Zerfallen des Exsudats zu diagnosticiren. Der Verlauf solcher ist immer sehr acut und lethal.

f) Sehr umschriebene chronische Pleuritis bietet umschriebenen periodischen Schmerz, umschriebene Dämpfung des Percussionsschalles, locale Einziehung des Thorax etc. etc.

Aetiologie.

Pleuritis mit vorwaltend plastischem Exsudate ist selten ein selbstständiger Prozess; mit serös plastischem Exsudate kommt er häufiger als primärer Prozess bei jungen Individuen und gut erhaltenen Constitutionen vor, zur Zeit, wo Gelenksrheumatismus häufiger ist.

Die gewöhnliche Veranlassung für denselben ist Verkühlung.

Häufig ist Pleuritis oder das Exsudatum pleuriticum ein secundäres, manchmal selbst ohne weiterer Veranlassung eingeleitetes Leiden, und es wurden hievon die häufigsten Fälle schon angeführt.

Bei mehr verbreiteter Pleuritis, daher bei grösseren Exsudaten, ist stets mehr das parietale Blatt, oft nur dieses allein die Quelle des Exsudats.

Die umschriebene Pleuritis (circumscripta) ist häufiger auf dem Lungenblatte zu finden.

Sie begleitet hier die chronische Tuberculose, krebsige Ablagerungen, Abscesse der äusseren Brustwand etc., in allen derartigen Fällen setzt sie durch dickere schwielige Schichten der möglichen Durchbrechung dieser Prozesse einen Damm.

Ausser diesen umschriebenen gibt es noch andere partielle und abgekapselte Pleuresien, wo entweder schon früher abschliessende Verwachsungen vorhanden waren, oder der erste plastische fibrinreiche Erguss durch sein Gerinnen den Abschluss temporär bewerkstelliget, bis derselbe dann durch die fortgesetzten Pseudo-Vegetationen (vide oben) mehr bleibend vervollständigt wird.

Für rasche deletäre Durcheiterung des Exsudats liegt der Grund in der Beschaffenheit des Blutes (Pyämie) oder in nicht gekannten Umständen.

Für das ursächliche Verhältniss der bei massenhaften plastischen Ablagerungen und Vegetationen manchmal zu Stande kommenden Tuberculose ohne anderweitiger Tuberkelablagerung fehlt jede genügende Erklärung.

Verjauchung tritt auf, wenn Jauche die Ursache des pyämischen Zustandes ist, oder wenn das Exsudat mit fremden Stoffen, z. B. Wasser, Luft etc. in Berührung kommt; manchmal war Verjauchung

des älteren und des neueren Ergusses die Folge von Pneumathose bei Exsudaten des Brustfelles.

Luft kann auch eintreten, wenn eine Communication des Exsudats mit der äusseren Luft durch die Bronchien hergestellt wird, oder sich das Exsudat selbst einen Weg durch die Brustwand bahnt.

Dauer und Ausgänge.

Wenn nicht in acuten Fällen durch die Menge des Exsudats, durch hinzutretendes Oedem der verschont gebliebenen Lunge oder auch ohne dem durch Lähmung der Respiration der Tod rascher eintritt, so zieht sich die Dauer bei irgend grösserer Menge des Exsudats immer in die Länge. Es geht in die Monate, in die Jahre, bis der ganze Prozess als beendigt betrachtet werden kann.

Es wurde schon beim Verlaufe hingewiesen, welche Fälle und unter welchen Umständen sie mehr acut oder mehr chronisch das Leben untergraben, und es erübrigt nur noch anzuführen, dass nach Exsudaten der Brusthöhle bei deren langsamer Regression kürzer oder länger bestehende Siechthum durch Atrophie der Lungen, Erweiterung und Hypertrophie des rechten Herzens, durch hydropische Zufälle und cahectischen Verfall der Vegetation ausgezeichnet sei, welches direct durch dieselben angeregt, manchmal wohl noch die Rückkehr eines relativ hohen Grades von Gesundheit gestattet, in anderen Fällen durch sein stätiges Fortschreiten ohne Hinzutreten anderer Umstände zum Tode führt.

Als sehr seltener Ausgang des eiterigen Exsudats muss die Durchbohrung desselben nach Aussen durch die Brustwand oder in die Bronchialwege angeführt werden.

Als Complicationen sind nebst den oben genannten noch weiters hervorzuheben:

1. Intermittens-Prozess. Abgesehen von dem typischen Verlaufe, welchen diese Exsudate so häufig in ihren Ablagerungen beobachten, abgesehen von den Frost- und Fieberanfällen, welche die eiterige, jauchige Beschaffenheit und das Tuberculisiren des Exsudats begleiten, abgesehen von all' dem, gibt es eine Combination zwischen pleuritischen Exsudaten (nicht bloss Hyperämie) und Intermittens in der Weise, wie wir sie oben bei den genuinen Pneumonien dargestellt haben.

Bei keinem anderen Entzündungsprozesse, der mit Exsudation einhergeht, ist dieses Verhältniss deutlicher nachweisbar als hier; wo das Steigen und Fallen der Exsudatmenge während des Paroxysmus und der sein sollenden Apyrexie der Intermittens eine Differenz,

welche selbst 3 — 4 Zwischenrippenräumen entspricht, zeigen kann.

2. Vorhandene Tuberculose der Lungen; wenn hiebei die Pleuritis im grösseren Umfange auftritt und ein reichlicheres, flüssiges Exsudat setzt. So sehr diese Combination für ein rascheres Verlaufen der Tuberculose in vielen Fällen massgebend, in anderen Fällen definitiv nur der Schlussstein des traurigen Processes ist, so gibt es doch solch' einen Verlauf des Exsudats, dass hiebei die Tuberculose (durch Compression der Lunge) stillsteht, und die durch den Erguss bedingten weiteren Folgen (langsame Resorption etc.) einen höheren Grad relativer Gesundheit gestatten.

3. In manchen Fällen wird Pleuritis am Anfange, häufiger das Exsudat in der Folge von verschiedenen Catarrhen begleitet. Man hält sogar spätere Catarrhe der Darmschleimhaut mit starker Diarrhoe für kritisch.

4. Für acute selbstständige Fälle sind manchmal Exantheme, Gelenk-Rheumatismus, und sowohl für diese, wie für die durch Pyämie angeregten, auch Pericarditis und Peritoneitis meist gefährliche Complicationen.

Aehnlichkeit.

Umfangreiche flüssige Exsudate sind durch die Ausdehnung des Thorax, die Verdrängung der Organe, die nur auf beschränkten Stellen hörbaren Geräusche der Consonanz etc. von Hepatisationen leicht zu scheiden.

Bei mehr umschriebenen, nicht so massenhaften Ergüssen ist es nicht immer so leicht. Doch ist stets auf das Verdrängen der nächsten Organe, das Hervortreten der Zwischenrippenmuskel, den ganz leeren Schall, auf das fehlende Vibriren der Stimme, die grössere Resistenz beim Percutiren, die mangelnden Rasselgeräusche, auf den trockenen Husten und den fixen stechenden Schmerz besonderer diagnostischer Werth zu legen.

Prognose.

Wenn auch die häufigen partiellen Verwachsungen der Pleura-Blätter und die bei chronischer Tuberculose vorkommenden schwieligen Verdickungen der Pleura, welche im Leben spurlos getragen wurden, für keine besondere Gefährlichkeit des Prozesses sprechen, so gehört doch jede Pleuritis mit etwas umfangreichem Exsudate zu den bedeutenderen Erkrankungen.

Sehr acute plastische Exsudationen tödten häufig, ehe die Höhe der Exsudation erreicht ist.

Die eiterigen sind in der Mehrzahl, die jauchigen alle acut lethal.

Bei den anderen sind: nicht zu grosse Menge des bereits beendeten Ergusses (besonders der plastischen Stoffe), gute, sonst gesunde Constitution des Kranken, günstige Aussenverhältnisse desselben, und bald eintretende Resorption die Momente, welche eine günstige Vorhersage gestatten.

Unter den entgegengesetzten Umständen hat man wenig Hoffnung auf theilweise, und noch weniger auf vollständige Genesung.

Das Weitere ergibt sich aus der obigen Darstellung.

Therapie.

Bei acutem Verlaufe, hochgradigen Local-Symptomen, kräftiger Constitution des Kranken ist am Anfange Antiphlogose nothwendig.

Für allgemeine Blutentziehungen findet sich nur im hohen Grade des Fiebers und im streng anhaltenden Typus desselben eine Anzeige; in der Mehrzahl genügt locale Antiphlogose: Blutegel oder Schröpfköpfe, kalte und nach Umständen warme (sind meistens erfolgreicher) Umschläge und hiezu Ableitungen auf den Darm.

Zu letzterem Zwecke eignen sich mehr Salina oder Senna und sollten der grossen Hyperämie wegen einige Gaben Calomel vorgezogen werden, so ist hier mit denselben nicht lange fortzusetzen.

Ist hiedurch oder durch wiederholte Application der Blutegel der raschere Verlauf gebrochen, so ist bei starkem Nachlasse des Fiebers und des Localprozesses bald ein negatives Verfahren einzuhalten, und nur beim strengen andauernden Fortschreiten die Anwendung des Tartarus stibiatus (in dosi refracta), der Digitalis, der auflösenden Salze etc. zu versuchen.

Bei geringeren Fieber am Anfange und mässigen Zeichen der Hyperämie ist auch nicht immer locale Antiphlogose erforderlich, und man beschränkt sich gleich vom Anfange an strenges Regime, an mässige Gaben von Tartarus stibiatus oder Digitalis etc.

In einzelnen Fällen, namentlich wo Pleuritis als secundärer Prozess sich auszubilden droht, ist manchmal ein verschärfter Senfteig oder ein ausgiebiges Vesicans das Beste.

Stärkere Gaben Calomel, Brechweinstein, Ipecacuanha, Digitalis, Alcalien, der Gebrauch von Jodkali etc. nützen zur Hintanhaltung der Exsudation gewöhnlich nichts.

Bei mehr Anämischen, bei Tuberculösen, bei herabgekommenen Reconvalescenten etc. ist gleich von vornherein jedes schwächende Verfahren zu meiden.

Bei pyämischen Zuständen, bei scorbutischen etc. ist gleich die bei diesen Vorgängen übliche antiseptische Behandlung einzuschlagen.

Bildet sich im noch steigenden Verlaufe des Prozesses ein Oedem, oder droht der rasche Erguss den Kranken zu tödten, so hat man hier von Brechmitteln nichts zu erwarten (im zweiten Falle können sie leicht schaden), und es ist da von Hautreizen (besonders von Vesicanzen), Abführmitteln (Calomel, Salina, Jalapa etc.), Umschlägen, allenfalls bei starken Individuen von nochmaliger Anwendung der Blutegel und nachherigen Mercurial-Einreibungen Etwas zu erwarten, auch Digitalis beschwichtiget manchmal so einen vorübergehenden heftigeren Anfall.

Selbst die mehr symptomatische Behandlung ist bei heftigeren Fällen in der ersten Periode meist erfolglos ; man versucht Morphium bei starken Husten, Chloroform bei grosser Athemnoth, Chinin bei starken Exacerbationen, Hautreize und Umschläge bei stärkeren Hyperämien, doch haben alle genannten Mittel nur selten einen augenscheinlichen Erfolg.

Nur wo das Exsudat nach Intermittens auftritt, sind kleinere Dosen Chinin um so weniger zu vernachlässigen, wenn gleichzeitig Milztumor oder Morbus Brightii besteht.

Bei gleichzeitiger Complication mit ausgesprochenem Intermittens sind zur Unterdrückung der nächsten Anfälle grössere Dosen Chinin kurz vor dem Anfalle zu geben.

Ist der Erguss einmal beendet, so erwächst für alle Fälle die Anzeige, die Resorption des Exsudats nur durch zweckmässige Hebung der Vegetation zu unterstützen, oder hiezu nur solche Mittel zu gebrauchen, welche auf die Vegetation nicht schwächend, somit in den ganzen Vorgang nicht störend einwirken.

Am besten ist es, wo man durch äussere Umstände begünstigt, am sogenannten diätetischen Wege zum Ziele gelangt.

Gesunde frische, nicht vielen Temperaturwechsel ausgesetzte Luft, gute nicht reizende Kost, entsprechende Körperbewegung und der Gebrauch kalter Waschungen und Bäder sind die besten resorptionsbefördernden Mittel.

Und die besten Adjuvantia sind der mit Vorsicht geleitete Genuss eines guten Bieres, eines guten alten (österreicher) Weines, der reichliche Verbrauch von Zitronen, Weinsteinsäure, Spargel, Essigkrenn etc.

Es ist wahr, dass in manchen Fällen der fortgesetzte Gebrauch

von Digitalis, von Jodkali von salinischen Mineralwässern, von in Eiterung erhaltenen Vesicanzen, den Vorgang wirklich fördern; aber viel häufiger nützen sie nichts; wesswegen man ihren fortgesetzten Gebrauch da nicht anrathen kann, wo sie erfolglos gegeben werden.

Scilla, Juniperus, Ononis spinosa u. dgl. mögen in Fällen versucht werden, wo die Harnsecretion sehr sparsam ist, der Kranke einen guten Magen hat, und somit keine Störung der Verdauung zu fürchten ist.

Nothwendig ist Eisen bei höheren Graden von Anämie, Oleum jecoris aselli bei Verdacht auf Tuberkulose, Oel- und Speckeinreibungen bei grosser Spannung in der Brustwand, Säuren bei zeitweisen Gefässaufregungen, Chinin nach Intermittens.

Die Punction der Brusthöhle zur Entleerung des Ergusses wurde vor einigen Jahren häufig Anfangs als radikales, später als palliatives (bei drohender Erstickung in Folge der grossen Menge des Exsudats) Mittel gemacht. Als Ersteres hat es sich gar nicht bewährt, und auch als Palliativum bringt es mehr Schaden als Vortheil.

Sollte es in dringenden Umständen angewendet werden müssen, so hat man hiebei das Eindringen von Luft, warmen Wasser etc. in die Brusthöhle streng zu vermeiden.

Hydrothorax ist vom serösen Exsudate der Qualität des Ergusses nach nicht streng zu sondern. Er kommt gelegentlich mit anderen hydropischen Formen (Anasarca etc.) vor.

Seine Wirkung auf die Lunge etc. ist gleich der des serösen Exsudats seine physikalischen Zeichen auch dieselben. Therapie ist schon angegeben.

VII. Lungentuberculose, Tuberkel der Lunge, knotige Lungenschwindsucht; Tuberculosis pulmonum, Phthysis tuberculosa.

In ihrem chronischen Verlaufe der eigentliche Ausdruck für constitutionelle Tuberculose der Erwachsenen; eine der häufigsten Krankheiten, welche auch die früheste Kindheit nicht verschont, und an welcher ein grosser Theil ($^1/_5$, nach Anderen $^1/_3$) aller Menschen zu Grunde geht.

Der Lungentuberkel erscheint als Tuberkelgranulation (seit Langem schon auch als vesiculäre Tuberkel-Infiltration aufgefasst), oder als tuberculöse Infiltration. Letztere ist gewöhnlich eine lobuläre und in den meisten Fällen der scheinbar lobären Infiltration stellt sich letztere als aus dem Zusammenfliessen mehrerer lobulärer

Hepatisationen, die sich gleichzeitig in verschiedenen Stadien befinden, hervorgegangen dar.

Die Tuberkel-Granulation (auch vesiculäre tuberculöse Hepati sation) findet sich entweder mehr vereinzelt und zerstreut (solitäre Tuberkel), oder in grösseren Gruppen dichter beisammenstehend (conglomerirte, gruppirte Tuberkel), und stellen sich als resistente graue rundliche Knötchen dar von der Grösse eines Mohnsamens oder eines Grieskornes.

Die tuberculöse Hepatisation hat die Grösse einer Erbse bis zu der einer Nuss, und stellt eine brüchige, dichte, luftleere, fast trockene Stelle dar, welche an der Peripherie ein deutlich feinkörniges Aussehen hat und gegen die Mitte zu weicher ist.

Beide diese Formen können die dem Tuberkel eigenen Metamorphosen eingehen, sie können obsolesciren (induriren, verschrumpfen), verkreiden, oder schmelzen (erweichen).

Der solitäre Tuberkel wird häufiger als die Infiltration obsolet gefunden.

Das Schmelzen desselben geht gewöhnlich mit dem Zerfliessen von hepatisirten Stellen (die schon ein weiterer Nachschub des solitären Tuberkels sind) einher.

Die Erweichung des Tuberkels (der einen oder beider Formen) führt zur Bildung von Höhlen, Cavernen (Abscessen) in den Lungen, weil mit dem zerschmelzenden Tuberkelstoffe gleichzeitig auch die Lungensubstanz an Ort und Stelle zerfällt.

Die frisch entstandenen tuberculösen Cavernen sind anfänglich klein, ausgebuchtet, mit schmierigen, käsigen Contentum gefüllt, die Wände sind brüchige, mehr weniger dicht hepatisirte Stellen. Sie wachsen durch fortgesetztes Schmelzen der zunächst infiltrirten Stellen, häufiger durch das auf solche Weise zu Stande kommende Zusammenfliessen mehrerer kleiner Höhlen.

Das in tuberculösen Höhlen enthaltene eiterartige Contentum, welchem Epithelien, elastische Fasern des Lungengewebes, Blutpigment etc. beigemischt sein können, heisst man Tuberkel-Eiter; und bei missfärbigen Aussehen und stinkenden Geruch desselben Tuberkel-Jauche.

Das mikroskopische Verhalten des Tuberkel-Eiters ist bereits im 1. Bande angegeben; Tuberkel-Eiter aus den Lungen hat nur das Eigenthümliche, dass in ihm elastische Fasern des Lungengewebes gefunden werden.

Das Heilen tuberculöser Höhlen geht dadurch vor sich, dass

nach Schmelzung der infiltrirten Wandungen, in der nächsten Umgebung ein Substrat für Bindegewebs-Elemente sich abscheidet; welches später in Form eines häutigen, aus Bindegewebe bestehenden Ueberzuges die Höhle auskleidet, und das frühere Contentum derselben eingedickt, verfettet oder verkreidet enthält.

Dieses Bindegewebs-Plasma und dessen sofortige Gestaltung zu Bindegewebe in Form von Streifen, Schwielen, Platten etc. (interstitielle Pneumonie) findet sich allenthalben um alle obsoleten Tuberkelformen herum.

Gleichzeitig ist bei den mehr peripherisch gelagerten eine chronische Pleuritis mit Pseudovegetation vorhanden; in Folge dieser sämmtlichen Vorgänge entstehen die Verwachsungen der tuberculösen Stellen mit der Thoraxwand, die verdichteten schwieligen Stellen mit atrophirtem Lungengewebe um die obsoleten Tuberkel, und die heilenden tuberculösen Höhlen, bei welch' letzteren zugleich narbige Einziehung der Lungenoberfläche, und bei Verwachsung mit der Thoraxwand Einziehen, Einsinken der Thoraxstelle erzeugt wird. Stellenweise findet sich zugleich eine reichlichere Pigmentablagerung vor.

Die Bronchien, welche im schmelzenden Tuberkel liegen, gehen ebenfalls, nachdem sie früher auch tuberculös infiltrirt waren, denselben Weg des Zerfallens; ist die Caverne in Heilung begriffen, zellig ausgekleidet, so münden in sie die ihrem Umfange entsprechenden Bronchi. Diese sind es, welche die Communication mit der Caverne unterhalten.

Dass sich bei stark schrumpfenden schwieligen Gewebe in der Nähe obsoleter Tuberkel auch sackförmige Erweiterung eines der nächst gelegenen Bronchi finden kann, wurde schon oben angeführt.

Am meisten widerstehen dieser Vereiterung die dabei betheiligten Lungen-Arterien. Sie werden durch Gerinnsel ausgefüllt, stellen feste strangfömige Gebilde dar, die an den Wänden der Cavität liegen, die Höhle auch manchmal durchsetzen, zuletzt schrumpfen sie zusammen. Kleinere Arterien werden manchmal früher zerstört, ehe sie noch obliterirt sind, und diese führen dann zu Blutungen; bei grösseren geschieht das selten, und dann sind die Blutungen gewöhnlich hochgradig und lethal. Das auf solche Weise in die Caverne ergossene Blut wird durch den Bronchus herausgeführt, doch bleibt zuweilen bei kleinen Höhlen das Blut zurückgehalten, und es stellen dann dieselben eine Art apoplectischer Cysten dar.

Die im Rückschreiten begriffenen Tuberkel finden sich immer

an den Spitzen der Lungen vor, und geben uns den Beweis, dass constitutionelle Tuberculose immer hier ihre Ablagerungen beginne.

Die Ausbreitung, welche solche obsolescirende (heilende) Tuberculose erreicht, ist eine sehr verschiedene; bald sind nur einzelne Körner mit schrumpfenden, pigmentirten Gewebe umgeben vorfindig; häufiger sind mehrere Gruppen indurirter oder verkreideter Tuberkel; einzelne oder einige kleine Cavernen mit verdicktem Inhalte und dicker schwieliger Umgebung vorhanden; in anderen Fällen findet man grosse Cavernen mit der zelligen Auskleidung und beginnender narbiger Einziehung; in wieder anderen einige der genannten Zustände vor, so dass der grössere Theil des oberen Lappens in diesen Prozess untergegangen, aus theils obsoletem, theils schwieligem Gewebe besteht, welches an die Pleura costalis mit dicker Schwarte angewachsen, stellenweise narbig eingezogen obsolete Tuberkel, obsolete Cavernen, verschrumpfte Gefässe, erweiterte Bronchien in sich führen kann etc. etc.

Nebst diesen die sogenannte chronische constitutionelle Tuberculose characterisirenden Vorgängen findet man in den Lungen, und zwar bei den verschiedensten Mengen der Ablagerung (von einzelnen Körnern bis zur umfangreichen Destruction) und den verschiedenen Graden ihrer rückgängigen Metamorphose andere frische Tuberkelablagerungen, und zwar entweder als acuten Miliar-Tuberkel oder als Infiltration.

Bei Ersteren sind die sonst blutreichen und vom dunkelrothen trüben Serum ödematösen Lungen mit einer Unzahl von Miliartuberkeln durchsäet, welche weich, weiss und von der Grösse der Tuberkelkörner sind.

Die zweite unterscheidet sich von der anderen tuberkulösen Infiltration nur durch ihre grössere Ausbreitung (nimmt durch das Zusammenfliessen der einzelnen Herde ganze Lappen ein), durch ihr Vorkommen sowohl im unteren als oberen (meist beiden) Lappen und durch das rasche Schmelzen, so dass hier schnell grosse, zerklüftete, zusammenhängende Cavernen zu Stande kommen.

Seltener sind die Fälle, wo eine der oben genannten frischen (acuten) Ablagerungen ohne früher dagewesener (chronischer) Tuberculose der Lungenspitze zu finden ist.

Die Miliartuberculose als solche ist dann häufig auf die Milz, die Nieren, die serösen Häute ausgebreitet. Die infiltrirte nimmt grosse Strecken (ganze Lungenflügel oder den grösseren Theil beider Lungen) ein, und es sind diess die Fälle, deren Entstehung auf man-

nigfache Weise erklärt, selbt ganz abweichend von der der chronischen Tuberculose aufgefasst, bisher aber eben so wenig beleuchtet ist, wie die Genesis der Tuberculose überhaupt.

Gleichzeitig mit Lungentuberculose findet sich in den Leichen: Tuberculose der Bronchialdrüsen, des Brustfelles, des Darmes, des Kehlkopfes, manchmal der Lymphdrüsen, der Hirnhäute etc. etc.

Die von der Tuberkelablagerung verschont gebliebenen Lungenparthien zeigen in den Leichen ein sehr verschiedenartiges Verhalten, befinden sich beim chronischen Verlaufe stellenweise im Zustande des Emphysems, des Oedems, der Anämie, beim acuten im Zustande des Oedems und der Hyperämie der Anämie.

Bronchial-Catarrh (fehlt nie) und Catarrh des Kehlkopfes älteren und jüngeren Datums und in verschiedener Verbreitung, begleiten die Lungentuberculose.

Ebenso Pleuritis, und zwar chronische, mit zelligen Verwachsungen oder dicken schwieligen Neubildungen, oder mehr acute mit massenreicheren eiweisshaltigen trüben Exsudate. Erstere ist ungleich häufiger, fehlt fast nie. Hat Durchbohrung der frischen, nicht durch Anwachsung geschützten Cavernen stattgefunden, so ist das Exsudat ein jauchiges und gleichzeitig Pneumothorax vorhanden.

Die Leber ist häufig vergrössert, manchmal blutreicher; bei den chronischen Formen ist der Fettgehalt derselben meistens vermehrt; ohne dass sich jene hochgradige Fettleber so oft ausbildet, wie sie bei Lymphdrüsentuberculose häufig gefunden wird.

Brightische Nierenerkrankung ist ein häufiger Folgebefund der Tuberculose. Auch ohne dieser findet sich Hydrops etc. etc.

Krankheitsbild.

Wie wir bereits bei der Abhandlung der Tuberculose im 1. Bande angegeben haben, wird jede constitutionelle Tuberculose, also auch die der Lungen dem Verlaufe nach in eine chronische und eine acute unterschieden.

A. Die chronische Tuberculose der Lungen beginnt ihre Ablagerung an den Lungenspitzen, kömmt am häufigsten in den Jahren nach der Pubertät zum Ausbruche und verläuft bis in das Mannesalter hinaus in der Art und Weise wie es (l. s.) angegeben wurde.

Bei diesem wechselnden Verlaufe und den zahlreichen Schwankungen, die sich im ganzen ergeben können, und die theils durch neue Ablagerungen, theils durch deren Metamorphosen, theils durch die Menge und die Art, wie jede der Ablagerungen erfolgt etc., erzeugt werden, kann von einer strengen Eintheilung der Krankheit in Sta-

dien nicht die Rede sein, doch bezeichnet man den Anfang des Leidens da, wo noch keine Ablagerungen in den Lungen nachzuweisen sind, und auch da, wo bereits Ablagerungen physikalisch constatirt, aber deren eiteriges Zerfliessen in grösserer Ausdehnung weder durch die physikalische Untersuchung, noch durch die anderen Zeichen (wie sie gewöhnlich pyämische Zustände begleiten) nachgewiesen ist, als das erste Stadium (gewissermassen das des rohen Tuberkels?).

Mit der Ausbildung von Cavernen wird der Zustand als das zweite Stadium, das der Zerfliessung des Tuberkels (Phthysis tuberculosa) bezeichnet.

Die Zeichen der Stadien lassen sich nicht streng sondern, sie sind weder in ihrer Combination, noch in ihrem Grade und in ihrer Dauer etc. an strenge Regeln gebunden, und es bestehen gewöhnlich an der Stelle der Localisation die verschiedenen Stadien nebeneinander.

Die Diagnose dieser Tuberculose muss in der ersten Zeit ihrer Entwickelung, wo die durch die Ablagerungen erzeugten Veränderungen in der Lungensubstanz noch nicht physikalisch nachweisbar sind, bloss aus dem Verhalten der Gesammtvegetation (Habitus) und aus den durch die Ablagerung und die dieselbe begleitende Hyperämie hervorgebrachten functionellen Störungen gemacht werden.

Was den Habitus anbelangt, so führten wir als vorzüglich zur Tuberculose disponirt denjenigen an, welcher sich ausspricht durch: eine zarte und schwächliche Beschaffenheit des Individuums (schlanker Bau, flacher langer Thorax, flügelförmig abstehende Schulterblätter ist der habitus phthysicus der älteren Aerzte), blasse Hautfarbe, umschriebene Gesichtsröthe bei körperlichen Aufregungen, Aufgeregtheit des Geistes, leichte Ermüdung des Körpers, veränderliche, meist weiche Stimmung des Gemüthes.

Diese Erscheinungen begründen um so mehr die Disposition zur Lungentuberculose, wenn dieses Leiden in der Familie des Individuums erblich ist, oder wenn letzteres in der früheren Jugend an Lymphdrüsen-Tuberkel gelitten hat.

Zur Zeit, wo bereits Tuberkel in die Lungen abgelagert werden, oder auch schon früher, gestaltet sich das Leiden der Gesammtvegetation noch auffälliger; das Aussehen des Individuums wird eigenthümlich krankhaft. Solche Individuen sind anämisch (Mädchen leiden an Mangel oder unzureichender Menstruation), die Haut ist schmutzig weiss, trocken, schilfert sich stellenweise ab (Pityriasis), sie magern ab (vorzüglich im Gesichte, am Brustkasten und den Extremitäten), das Körpergewicht nimmt ab, die Gewebe erschlaffen, die

Kräfte gehen verloren. Leichte, selbst stärkere Gefässaufregungen stellen sich auf gewisse Veranlassungen (nach Anstrengungen, Gemüthsaufregungen etc.) selbst auch ohne diesen ein.

Die entfernteren Theile, besonders die Hände, Füsse, die Nase etc. sind immer kühl, Tuberculöse gegen äussere Kälte sehr empfindlich, frieren leicht, demungeachtet schwitzen manche leicht und viel, besonders am Morgen in der Bettruhe.

Die schon oben angegebene Aufgeregtheit des Geistes und die Verstimmung des Gemüthes steigert sich (hysterische Zufälle bei Mädchen und Frauen).

Das männliche Geschlecht soll eine grössere Vorliebe für geschlechtlichen Umgang zeigen.

Gleichzeitig stellen sich locale Zufälle ein, oder wenn sie früher schon vorhanden waren, steigern sie sich jetzt und es folgen sich die periodischen in kürzeren Zwischenräumen.

Tuberculöse leiden an Brustbeklemmung und Athemnoth bei stärkeren körperlichen Anstrengungen, besonders beim Berg- und Stiegensteigen, beim schnelleren Gehen, vielem Sprechen etc. Sie husten leicht nach den eben genannten Veranlassungen, oder auch ohne denselben, später fast regelmässig des Morgens und des Abends; der Husten ist anfangs und bleibt oft lange trocken, später ist er von catarrhalischen Sputum (bald mehr roh, bald geformt) begleitet. Mehr weniger ausgebreitete Bronchial-Catarrhe, begleitet von Fieber, folgen; sie sind von verschiedener Dauer, häufig vom Wechsel der Jahreszeiten oder rascheren Sprüngen der äusseren Temperatur abhängig.

Nach stärkeren Hustenanfällen oder beim Bestande des Catarrhs überhaupt kommt es zum Auswurfe von schaumigen lichtrothen Blut, welches häufig nur in so geringer Menge ausgeworfen wird, dass es selbst leicht übersehen werden kann.

Flüchtige Stiche, welche durch die Mitte der Brust gehen oder die Gegend der Schulterblätter, des Schlüsselbeines etc. einnehmen, sind eine nicht seltene Erscheinung.

Die Verdauung ist gewöhnlich in der ersten Zeit des auftretenden Leidens nicht auffallend beeinträchtiget, doch leiden Manche auch schon am zeitweisen Magen-Catarrh oder an gewissen Gelüsten (wie bei Anämie) oder an Stuhlverstopfung.

Neben sämmtlichen angeführten Krankheitszeichen, welche nicht immer alle und nicht immer gleichgradig die ersten Ablagerungen begleiten, kann noch immer für die letzteren der physikalische Nach-

weis fehlen, sobald die abgelagerten Tuberkeln nicht zahlreich, oder als solche sehr zerstreut gelagert sind.

Unter günstigen Umständen, (deren genauere Kenntniss uns übrigens mangelt) kann der Prozess der Exsudation auf diesem Punkte stehen bleiben; die bereits abgelagerten Tuberkel obsolesciren; — die Vegetation erholt sich bald im geringen, bald im grösseren Grade, die Reizbarkeit der Schleimhäute bleibt noch längere Zeit, schwindet endlich auch ganz etc. etc. und es können mehrere Jahre vergehen, bis wieder weitere geringere oder ausgiebigere Schübe folgen.

Oder aber die angeführten Zeichen verlassen den Kranken nie ganz vollständig, sondern nebst der Abmagerung und dem anämischen Aussehen dauert der Husten mit und ohne Catarrh, die Schwäche, die leichteren Gefässbewegungen, die Brustbeklemmung, nicht selten auch die zeitweisen nächtlichen Schweisse in die Monate und Jahre mit geringeren oder grösseren Nachlässen fort, oder es wechseln die Brustsymptome mit langwierigen, das ganze Krankheitsbild deckenden Magen-Catarrhen ab; und es treten nebstbei in der kühlen und kalten Jahreszeit stärkere fieberhafte Catarrhe mit Verschärfung der Brustsymptome und pleuritischen Schmerzen hinzu, nach welchen sich der Patient jedesmal nur schwierig auf den früheren Grad seiner ohnehin sehr geschwächten Gesundheit erholt.

Innerhalb des Bestandes dieser Störungen können sich nun die Ablagerungen in den Lungen im verschiedenen Grade und in verschiedenen Metamorphosen ausgebildet haben.

Nicht aber stehen die dadurch erzeugten physikalischen Zeichen mit den eben angeführten Zuständen in einem bestimmten proportionalen Verhältnisse. Darum erscheint es zweckmässiger, die weitere Gestaltung der genannten Symptome und symptomatischen Zustände noch anzuführen und dann erst auf die physikalische Diagnose der Tuberkel einzugehen.

Im weiteren Verlaufe der chronischen Tuberculose kommt es über kurz oder lang zu rascheren, ausgiebigeren Nachschüben, deren Ablagerungen und Zerfliessungen stossweise zwar, aber in kurzen Zeiträumen sich folgen, und wie bereits im 1. Bande angegeben, mit einem hochgradigen (Eiterungs-) Fieber, Abzehrung des Kranken, colliquativen Entleerungen und Steigerung der sonst schon vorhandenen Symptome verlaufen.

Die Fieberanfälle (welche die grösste Aehnlichkeit mit Intermittens-Anfällen haben) beginnen des Morgens, ihr Kältestadium dauert über den Mittag; nach Tische kommen die Kranken in eine grosse

Hitze, die Wangen sind umschrieben roth, die Handteller und Fusssohlen brennen; der Kranke wird vom grossen Durste und grosser Unruhe gequält. Erst in der Nacht erfolgt ein Nachlass der Hitze; gegen Morgen kommen gleichzeitig mit dem Schlafe starke, erschöpfende, klebrige Schweisse.

Miliaria symptomatica und lästige schmerzhafte Aphthen begleiten diese Fieber.

Manchmal dauert der Fieberparoxysmus nur einige Stunden, oder kömmt über den zweiten Tag, beginnt wohl auch zu einer anderen Tageszeit, oder es fällt das Froststadium nur sehr schwach, oder im Gegentheile so stark aus, dass der Kranke von starken Schüttelfrösten heimgesucht wird. In seltenen Fällen sind die Schweisse nicht stark; dann ist der Kranke mit zahlreichen kleinen Epidermisschuppen bedeckt, die sich nicht allerorts leicht ablösen.

Die Abmagerung nimmt meistens im Verhältnisse der Fieberstärke zu, das Fett wird rasch consummirt, die Kranken magern zum Skelette ab. Erschöpfende, manchmal periodische Diarrhoen (ohne Tuberkelablagerung im Darme) und hydropische Anschwellungen der Füsse (manchmal bei gleichzeitiger Verstopfung der Crural-Vene) etc. gesellen sich dazu.

Gleichzeitig ist der Kranke von grosser Athemnoth, zeitweiser Erstickungsgefahr geplagt, das Athmen ist sehr schnell und unregelmässig und sonst noch mannigfach abgeändert. Kitzeln, Kratzen, Drücken, Stechen belästigen den Kranken im Kehlkopfe, in der Trachea und an verschiedenen Stellen des Thorax.

Der Husten ist häufig, manchmal mehr anfallsweise, die Anfälle dauern auch stundenlang, der Husten ist manchmal mehr trocken oder das Sputum mit Blut gemischt; am häufigsten sind die Sputa schmutzig gelblich, grünlich weiss, ziemlich dick und geformt, vom catarrhalischen Sputum manchmal nicht verschieden; sie werden in der Folge dünnflüssiger, schmieriger, eiter- oder auch rahmähnlich, dunkler, chokoladefärbig etc., enthalten Eiterzellen, Schleimkugeln, fettig entartete Zellen, zerfallene Tuberkelköperchen, Molecularmasse, nebst den Epithelien, elastische Fasern, Pigment, Fett, manchmal Blut, Krystalle etc. Der Auswurf ist häufig geruchlos, manchmal übelriechend (wie Fussschweisse). Die Beschaffenheit, die Menge des Sputums, so wie der Grad des Hustens sind sehr wechselnd; doch ist der Husten in den Morgenstunden am stärksten, und nach längerem Husten wird das meiste Sputum herausgeworfen. In seltenen Fällen ist die einmalige Menge des Sputums sehr gross (wenn eine grössere

Caverne entleert wird), oder es folgen sich solche Entleerungen mehrere nacheinander. Nach stärkeren Hustenanfällen kommt es auch nicht selten zum Erbrechen, und es werden gleichzeitig Magen-Contenta mit den Sputis entleert.

Die rundlichen käsigen übelriechenden Bröckeln, welche man findet, entsprechen entweder eingedicktem Follikelsecrete der Mandeln und Rachenschleimhaut, oder sie bestehen in losgerissenen Theilen der nekrosirenden Cavernenwandungen. Im letzteren Falle enthalten sie schwarzes Pigment und Lungengewebstheile. Die perlartigen, gekochten reissähnlichen Klümpchen stammen, wenn sie nicht Speisereste sind, von den Schleimfollikeln im Pharynx, Larynx, in der Trachea und den Bronchien. Die mikroskopische Untersuchung gewährt näheren Aufschluss. (Biermer.)

Die Verdauung ist jetzt entweder ganz darniederliegend, oder der Kranke verdauet bei ungeheurer Esslust nicht; es folgen der mit grossem Heisshunger vollzogenen Mahlzeit Magendrücken, Aufstossen, manchmal Erbrechen, Steigerung des Fiebers etc.

Die geistigen Thätigkeiten erhalten sich sehr lange ungeschwächt, manchmal stellt sich mehr Gleichgiltigkeit gegen die Aussenwelt, häufiger rege Theilname für Alles und namentlich grosse Hoffnung des Gesundwerdens und gesteigerte Plänemacherei für die Zukunft ein.

Sehr reizbares Gemüth, Schlaflosigkeit und nicht selten ziemlich starke Gliederschmerzen (deren Deutung sehr verschiedenartig aufgefasst werden kann) begleiten diesen Zustand, der manchmal plötzlich, manchmal mit einem asthmatischen Anfalle und nicht selten erst nach tagelanger Agonie tödtlich beendet wird, wenn nicht vorhandene Complication die letzte Zeit der Krankheit und so auch deren Ende anders modificiren.

Der Harn Tuberculöser bietet nichts Besonderes. Er variirt nach dem Stande der Constitution (ob Anämie oder nicht), der fieberhaften Zufälle und der Complicationen. (Morbus Brightii, Meningitis etc.) Im Zeitraume der Colliquation ist derselbe, wenn auch sonst anämisch, häufig mit einem schillernden Fetthäutchen bedeckt.

Die physikalischen Zeichen sind nach den bestehenden Ablagerungen und ihren näheren Verhältnissen verschieden, manchmal noch ganz undeutlich, selbst bei weit gediehenem Leiden, manchmal gleich am Anfange desselben rasch und deutlich sich darstellend.

Da chronische Tuberculose gewöhnlich an den Spitzen der Lungen anfängt, so handelt es sich hier zunächst auch nur um die Untersuchung der diesen entsprechenden Stellen.

Percussion. So lange die Tuberkelkörner durch lufthältiges Gewebe isolirt sind, verändern sie den Perkussionsschall nicht, selbst

wenn sie noch so zahlreich sind. Da aber gleichzeitig geringer Grad von Oedem oder Blutaustritt in die Zellen stattfinden kann, so kann der Percussionsschall auch hier etwas gedämpft, leerer oder tympanitisch sein.

Haben sich die Tuberkel derart vermehrt und gedrängt, dass sie umfänglichere Comglomerate bilden, oder findet gleichzeitig eine Infiltration daselbst statt, so wird der Schall an diesen Stellen leerer, dumpfer, selbst ganz dumpf.

Bei chronischer Tuberculose sind nun gewöhnlich solche Stellen anfangs umschriebener, daher man die genannten Abweichungen im Percussionsschalle unter den Schlüsselbeinen (gewöhnlich an einer Seite) oder über der Gräte des Schulterblattes findet.

Wenn Excavationen vom lufthältigen Gewebe gedeckt sind, ändern sie den Percussionsschall nicht, selbst wenn sie vom grösseren Umfange sind. Liegen sie aber oberflächlich, sind sie grösser und zum Theil lufthältig, so geben sie einen tympanitischen Schall (besonders bei dünner und elastischer Brustwand).

Auch wenn grössere lufthältige Cavernen tiefer liegen, aber vom infiltrirten Gewebe bedeckt sind, geben sie einen tympanitischen Schall.

Bei sehr grossen Cavernen kann man metallisches Klingen vernehmen, und manchmal bei grösseren oberflächlichen Cavernen das Geräusch des gesprungenen Topfes.

Auscultation. Die isolirten Tuberkel geben keine auscultatorischen Zeichen. Nur bestehen sie nie lange ohne Catarrh der Bronchien, und darum hört man gleichzeitig an den betreffenden Stellen das Zeichen des Catarrhes (schwaches oder schärferes oder unbestimmtes Athmen oder feuchtes Rasseln).

Wenn die Aggregation der Tuberkel noch keine solche ist, dass sie einen grösseren Bronchus in sich schliesst, so bleiben die Zeichen dieselben, wie eben erst gesagt wurde.

Est wenn ein solcher Bronchus dadurch eingeschlossen ist, und dessen Luftsäule mit der Trachea communicirt, hört man bronchiales Athmen, Bronchophonie; und wenn in der Trachea etc. Rasselgeräusche bestehen, auch consonirendes Rasseln an irgend einer Stelle unter dem Schlüsselbeine oder in der Obergerätengrube. Ist dieser Bronchus für den Augenblick verstopft, so verschwinden diese Erscheinungen, kommen aber wieder, wenn durch Husten der Schleim ausgeworfen wird, und man hört während dem Nichts oder unbestimmtes Athmen, nicht consonirendes Rasseln etc. etc.

Kleinere zerstreute Cavernen werden durch die Auscultation nicht diagnosticirt. Wenn auch in ihnen bei vorhandener Luft Rasselgeräusche entstehen, so werden diese nicht von jenen des Catarrhs zu scheiden sein.

Grössere oberflächlichere Cavernen mit dünnen nachgiebigen Wandungen, lassen grossblasige, ungleichförmige Rasselgeräusche hören.

Grosse Cavernen mit starren unwegsamen Wandungen (die an den Athembewegungen keinen Antheil nehmen) geben die auscultatorischen Zeichen der Cosonanz, und bei bedeutender Grösse auch metallisches Klingen.

Ueberhaupt kann man auf das Dasein von Cavernen schliessen, wenn an den bekannten Stellen statt eines früheren dumpfen und leeren Schalles ein tympanitischer, mehr voller hörbar wird, wenn daselbst Rasselgeräusche, besonders grosses ungleichblasiges Rasseln, Bronchophonie etc. gehört werden.

Inspection. Durch den tuberculösen Prozess, wenn er so chronisch verläuft, entsteht eine meistens auffallende Veränderung in der Gestalt des Thorax, auf deren Zustandekommen das Einziehen der obsoleten Lungenparthien und das Einsinken der cavernösen Stellen, so wie das supplementäre Emphysem den grössten Einfluss nehmen.

In höheren Graden ist ein solcher Thorax lang, schmal und flach, die Ober- und Unterschlüsselbeingegenden sind bedeutend eingesunken, die Schlüsselbeine stark hervorgebogen, die Schulterblätter manchmal flügelförmig abstehend, die Zwischenrippenräume weit von einander abstehend, die Rippenknorpelgegend manchmal aufgetrieben (von Emphysem), so auch das rechte Hypochondrium (von der grösseren Leber), welches gegen den geringer gewordenen Umfang der oberen Thoraxgegend um so mehr absticht.

Der Hals ist lang und dünn, die Muskeln treten scharfkantig hervor. Hier ist es, wo manchmal die Finger (meist einzelne) der Hand verlängert, und ihre dritten Phalangen klöppelartig verdickt erscheinen.

Wesentliche Modificationen erleidet die chronische Lungentuberculose in ihren Symptomen-Complexen durch das gleichzeitige Bestehen sie gewöhnlich complicirender Zustände oder durch gleichzeitige Ablagerungen von Tuberkel in andere Organe oder durch Folgezustände, welche sie nicht constant zu begleiten pflegen etc.

Diese Zustände (in deren Diagnose näher einzugehen hier ganz

überflüssig erscheint, da dieselbe an den geeigneten Orten besprochen erscheint) sind:

Pleuritis mehr chronische, vorzüglich den Prozess der Cavernen Rückbildung begleitend; oder mehr acute diffuse, welch letztere nicht selten die Tuberculose zum längeren Stillstehen bringt.

Catarrhalische oder entzündliche Affection der Bronchien in grösserer Ausbreitung.

Catarrh und Tuberculose des Larynx. Sind auch in der Mehrzahl die Heiserkeit, der Schmerz im Larynx etc. durch den Catarrh bedingt; so kömmt doch auch häufig genug ein Geschwür zu Stande; dasselbe kann auch die Ursache eines tödtlich werdenden Glottis-Oedems sein.

Höhere Grade von Lungen-Emphysem oder chronisches Lungenödem.

Pneumopyothorax nach Durchbohrung einer Caverne.

Lungenblutungen als: Bluthusten, Lungen-Apoplexie, hämoptoischer Infarctus.

Ablagerung von Tuberkeln in die Schleimhaut und Drüsen des Darmkanals.

Brightische Nierenkrankheit mit Anasarca, Ascites und selbst bedeutendem Stillstand in der Lungentuberculose.

Endlich ausgebreitete, acut auftretende Schübe der Tuberculose in die Hirnhäute oder in die Lungen oder acutes Lungenödem, welche auch in späterer Zeit sich ausbilden können.

B. Die acute Tuberculose der Lungen

erscheint ebenfalls unter der doppelten Form von Miliar-Granulation oder als Infiltration, und ist in beiden Fällen häufiger der acute ausgebreitetere Nachschub des chronischen Leidens.

In ersterer Form ist sie gewöhnlicher gleichzeitig über andere Organe und seröse Häute ausgebreitet.

Es wurden auch diese Formen zur Genüge im 1. Bande besprochen; und hier soll nur noch angeführt werden; dass sich die Miliartuberculose durch keine physikalischen Zeichen als solche zu erkennen gibt, und die Zeichen der Percussion und Auscultation, die sie begleiten, dem gleichzeitigen Catarrhe und Oedem angehören, dass sich die infiltrirte Tuberculose den physikalischen Zeichen nach nicht von Pneumonie sondern lasse; und hier der Unterschied nur durch das Aussehen des Kranken, die Anamnese, allenfalls vorhan-

dene Tuberculose an den Spitzen und den weiteren Verlauf begründet wird.

Jede acute tuberculöse Infiltration (ob chronische Tuberkel vorausgegangen, ob nicht) hat, wenn sie nicht früher tödtet, statt der Lösung (wie die Pneumonie) die Vereiterung und Cavernenbildung der Lungen und symptomatisches Fieber mit Colliquation, rascher Abmagerung und anderen pyämischen Symptomen im Gefolge. Diese Infiltrationen gehen häufig von der Spitze der Lunge aus, können aber auch an anderen Stellen beginnen.

Acute Miliar-Tuberculose, so wie die infiltrirte (vor dem Schmelzen) tödten durch die Menge der Ablagerung, durch Oedem der Lunge (seltener der Glottis) oder durch die Beschaffenheit des Blutes.

Die Aetiologie, der Verlauf, weitere, nicht immer im Prozesse begründete Complicationen, so wie die Prognose sind aus dem zu entnehmen, was hierüber bei Tuberculose im Allgemeinen (1. Band) gesagt wurde; weil das dort über Tuberculose der Erwachsenen Angeführte mit dem zusammenfällt, was über Lungentuberculose in specie gesagt werden könnte.

Aehnlichkeit.

Auf die Verwechslung der chronischen Tuberculose (im Anfange der Ablagerung beim Mangel der physikalischen Zeichen der letzteren) mit Chlorose; so wie mit Wechselfieber-Cachexie (wenn bei letzterer chronisches Lungen-Oedem an den Spitzen, Lungen Catarrh und Diarrhoen bestehen) wurde schon im 1. Bande aufmerksam gemacht. (Siehe Chlorose und Intermittens).

Ebenso wurde bei der Abhandlung über Wechselfieber angedeutet, dass die im Verlaufe der chronischen Tuberculose (und das gilt vorzüglich von den Lungentuberkeln) auftretenden, manchmal streng typischen Anfälle des symptomatischen (pyämischen) Fiebers für Paroxysmen einer Intermittens gehalten werden können. Diese Verwechslung ist aber nur dann möglich, wenn man die genauere Untersuchung der Lungen unterlässt, auf die Anamnese, die gleichzeitige rasche Abmagerung und functionellen Symptome keine Rücksicht nimmt.

Die Verwechslung der Lungen-Phthyse mit anderen pyämischen Zuständen ist bei Würdigung der zuletzt angeführten Momente ebenfalls nicht möglich.

Auch wurde schon (l. s.) angegeben, dass die acute Miliar-

tuberculose der Lungen der Form nach nicht von Typhus zu unterscheiden sei. Und es erübriget nur hier noch darauf aufmerksam zu machen, dass die acute Miliartuberculose auch mit leichteren Fieber und gastrischen Symptomen, also scheinbar als gastrisches Fieber verlaufen könne. Hier ist ihr Verlauf langsamer, und die bald sich einstellende Abmagerung, die folgenden Catarrhe der Bronchien-Schleimhaut, die längere Dauer etc. etc. begründen in der Folge die Diagnose.

Auf gleiche Weise kann chronische Tuberculose selbst längere Zeit und bei schon herabgekommener Constitution noch für chronischen Magen-Catarrh (primären) gehalten werden, wenn die Ablagerung in den Lungen nicht nachzuweisen und die gastrigen Symptome (Druck, Eckel, Appetitlosigkeit, Erbrechen, etc.) stark hervortreten und andauernd sind; und im Gegentheile der Husten etc. fehlt. Die Diagnose wird hier im späteren Verlauf gemacht, sobald sich die Ablagerungen in den Lungen so weit steigern, dass sie physikalisch erkennbar sind.

Behandlung.

A. Der chronischen Lungen-Tuberculose.

Trotz der Unzahl der gegen Lungensucht versuchten, und in einzelnen Fällen mit Erfolg gegebenen Mittel haben wir doch keines, welches das ausgesprochene Leiden heilen, oder eine hochgradige Disposition sicher zu tilgen vermag.

Auch die schon in den ältesten Zeiten und neuerdings in den letzten Jahren mehr in Aufnahme gekommene (jedenfalls verlässlichere) sogenannte diätetische Behandlung dieses Leidens hat nur einen beschränkten Erfolg und eine noch viel mehr beschränkte Anwendung, und diess darum, weil sich die Constitution des Menschen selten nur vollständiger ändern lässt, und weil die Ursachen, welche die nicht angeborne Tuberculose erzeugen, nur selten und fast nie gänzlich behoben werden können.

Es ist leicht bei wissenschaftlicher Darstellung eines solchen rationellen Heilplanes die Momente und die Art anzugeben, durch welche und wie die gesunkene Vegetation zu heben, die hier schädlichen Hyperämien zur Lunge gemieden, die Lungen und der Körper zu kräftigen ist.

Die Sache liegt ganz nahe, und wird von dem Laien ebenso gut, wenn nicht besser, als von dem gelehrtesten Arzte erfasst und begriffen.

Aber wo es sich darum handelt, die Stadt, in der man geboren, das Gewerbe, wodurch man sich die Existenz fristet, oder die Familie, für deren Wohl man zu sorgen es übernommen hat, zu verlassen, auf längere Zeit, vielleicht auf immer zu verlassen; um anderswo ein kümmerliches Dasein mit allen Leiden des Gemüthes fortzusetzen; da hat die Ausführung des noch so rationell ausgedachten Planes ein Ende, noch ehe sie versucht wird.

Gehen wir die ätiologischen Momente der Tuberculose durch, und sehen wir uns einmal nur ein wenig in der Praxis mit tuberculösen Kranken um, und wir werden es bald einsehen, dass ein strenges und dauerhaftes Durchführen der sogenannten prophylactischen und diätetischen Massregeln nur in den wenigsten Fällen möglich ist; und hierin ist auch der Grund zu suchen, warum noch immer und immer wieder neue Heilmittel gegeben und versucht werden, um das, was von der einen Seite nicht geleistet werden kann, wenigstens einiger Massen zu ersetzen.

Abgesehen von der Schwierigkeit der Durchführung einer zur Hintanhaltung der Tuberculose geeigneten Lebensweise ist doch sie diejenige, welche am meisten den Ausbruch des Leidens bei vorhandener Disposition zu hindern, oder das schon entwickelte Kranksein in seinen rascheren Fortschritten aufzuhalten vermag.

Dieses diätetische Verhalten ist das sicherste Prophylacticum da, wo Tuberculose noch nicht im Keime vorhanden; ist das beste Heilmittel dort, wo diese noch nicht zu grosse Fortschritte gemacht hat; und es wäre nur zu wünschen, dass dasselbe für alle Menschen an jenen Orten eine Möglichkeit würde, wo Tuberculose endemisch herrscht, und wo dieselbe bei der täglich zunehmenden Bevölkerung grösserer Städte und des fort sich steigernden Luxus unserer Bedürfnisse auch täglich an Zahl und Intensität zunehmen muss.

Im Nachstehenden wollen wir die Verhältnisse von Seite der Kost, Nahrung, Beschäftigung etc. angeben, welche dieses diätetische Verhalten gegen Tuberculose zusammensetzen, und in jedem Stadium derselben von Vortheil sind.

1. Reine, mässig warme, nicht ganz trockene und windstille Luft sagt den Tuberculösen am Besten zu. Daher gute, luftige, sonnige Wohnungen, der Aufenthalt am Lande, in nicht tiefen Thälern, oder in den Winden nicht ausgesetzten Gegenden vorzuziehen.

Frische Waldluft besonders von Nadelhölzern und die Seeluft sind vom besonderen Vortheile, sobald in der Gegend keine auffal-

lenden Sprünge in der Temperatur (zwischen Tag- und Nachtwärme etc.) Statt finden.

Die südlichen Gegenden, wo Wechselfieber herrschen, sind für Tuberculöse vortheilhaft, ebenso der häufige Aufenthalt in Viehställen oder da, wo sonst animalische Dünste die Luft schwängern.

In Wechselfiebergegenden, selbst den nördlichen, sind Tuberculose selten, und ebenso sind Fleischer, Lohgärber, Fischweiber, Kutscher, Milchmeier etc. am meisten davon geschont.

2. Die Nahrung darf nicht reizend, nicht erhitzend, nicht schwer verdaulich sein, am besten ist gemischte Kost, mit Ausschluss geistiger erhitzender Getränke und gewürzhafter Speisen.

Bei vorhandener Gefässreizung oder catarrhalischen Zuständen der Magen- und Darmschleimhaut ist die Wahl der Nahrungsmittel eine beschränktere.

Einseitige, längere Zeit fortgesetzte Nahrung, bestehend aus milden, gar nicht aufregenden Stoffen, ist häufig erspriesslich, manchmal bei stärkerem Fortschritte des Leidens nothwendig, letzteres dann, wenn die Körpermasse rasch schwindet, und wegen vorhandener fieberhafter Zustände etc. andere Kost nicht vertragen wird.

Hieher gehört der wochen- und monatlange Gebrauch von Milch, von Molken, leichtem Gemüse, Reiss, Salep, Cacao, etc. — der Gallerte aus isländischem Moose, der Austern, Schnecken, der Kräutersäfte (im Frühling von den frischen Kräutern der Galeopsis [Lieber'sche Kräuter] Tussilago, Hedera terrestris, Taraxacum, Marrubium) des Obstes etc.

3. Bewegung in dem Masse, als zur Kräftigung des Körpers und der Lungen nothwendig ist, ohne dass sie allgemeine Schwäche oder Hyperämie der Lungen erzeugt.

Mässige Bewegung im Freien, mässiges Bergsteigen, nicht anstrengende Arbeit im Garten, tiefes Einathmen, vorsichtiges Turnen (Schwimmen) etc. etc.

Hier ist das Mass und die Art der Ausführung ganz individuell, nie soll die körperliche Bewegung forcirt, nie soll sie ganz vernachlässiget werden; das ist der einzig für alle Fälle gültige Grundsatz; und stärkere Anstrengungen, das Reiten, Tanzen etc. sind immer von Nachtheil.

4. Strenges Meiden jedweder Verkühlung und aller Momente, welche sonst Catarrh oder Hyperämie der Lunge erzeugen könnten.

Warmhalten bei schlechtem Wetter, rauher Jahreszeit, Vermei-

dung alles anhaltenden Sprechens, Singens etc. aller mit Staub, Rauch etc. geschwängerten Luft.

Kalte Waschungen der Brust, des Rückens, des Körpers, so vortheilhaft sie manchmal sind, und durch Abhärtung den grössten Schutz gegen Catarrhe gewähren, müssen nur vorsichtig aufgenommen, und nie gegen den Reizvertrag fortgesetzt werden.

In der günstigen Wirkung der genannten Umstände liegt es, dass man Tuberculöse mit grossen Vortheil auf das Land, in Gebirgsgegenden, die nicht den Winden ausgesetzt sind, oder wo es sich um längere Zeit handelt (und auch handeln darf) in milderes Klima schickt.

Etwas Spezifisches liegt nirgends in der Gegend, nur ist der Winter und die rauhe Jahreszeit manchen Orts ganz milde etc.

Die Thäler in der Umgebung Wiens, viele Gegenden unserer Karpathen und der steirischen Gebirge, aber auch viele ganz flach gelegene Orte unserer Monarchie gewähren im Sommer alle die nothwendigen Vortheile.

Für die rauhe Jahreszeit schicken wir unsere reichen Tuberculösen nach Meran, Venedig, Florenz, Pisa etc.

Die unter geeigneten Luftverhältnissen längere Zeit fortgesetzten Molken-, Milch-, Obst- etc. Kuren sind für Tuberculöse manchmal von noch grösserem Erfolge, als die blosse Ortsveränderung.

Von dem Grade und dem ganzen Verlaufe des Leidens hängt es ab, ob manchmal ein solcher kürzerer Ortswechsel von günstigem Erfolge ist, und manchmal selbst ein längerer erfolglos bleibt; und immer ist es zur Zweckerreichung erforderlich, dass auch nebstbei alle anderen oben angegebenen Momente gleichzeitig effectuirt werden können.

In der Wichtigkeit der eben besprochenen Verhältnisse liegt es, dass Tuberculöse aus dem Militär-Verbande zeitlich entlassen und in ihre Heimath geschickt werden sollen.

Es gibt einen Grad des Stillstehens der Tuberculose, wo die gewöhnliche Kost, der mässige Genuss von Wien, Bier und und Caffee, die gewöhnlichen, nicht übermässigen Anstrengungen des Körpers, das Tabakrauchen etc. Alles diess recht gut vertragen wird. Doch sind diese Fälle nicht so häufig und auch hier ist immer grosse Vorsicht am Platze.

Was die therapeutische Behandlung der chronischen Lungen-Tuberculose anbelangt, so stehen in Hinsicht ihrer Wirkung die eigentlich den diätetischen Mitteln mehr angehörigen Fette oben an.

Längst schon werden mit gutem Erfolge verschiedene Fettsorten (Gänsefett, Hundsfett, Speck, Oel) innerlich und äusserlich (als Einreibung) angewendet und die Erfahrungen der letzteren Zeit räumen in dieser Hinsicht dem Oleum jecoris Oselli (Leberthran) den ersten Platz ein.

Lange, und mit Rücksicht auf den fast nie fehlenden Magen-Catarrh nicht in grösseren Specialgaben (1 — 2 Esslöffel des Tages) genommen, leistet dasselbe, auch in den weitvorgeschrittenen Stadien einen oft überraschend günstigen Erfolg. Die Zeit des Darreichens ist ganz gleichgiltig, am nüchternen Magen wird es selten, häufig Abends am besten vertragen. Unmittelbar nach einer Mahlzeit thut es nicht gut. Seine Corrigentia sind Suppen, Milch, aromatische Wässer, am besten trockenes Brod, Semmeln u. dgl., welche man gleich darauf nehmen lässt. Zeitweise muss mit dessen Gebrauch auf einige, selbst mehrere Tage ausgesetzt werden.

Auch die äussere Anwendung als Einreibung der Brust ist anzurathen.

Seitdem der Leberthran im Gebrauche (man kann füglich sagen: in der Mode) ist, werden die anderen Fette seltener angewendet, doch sind Speckeinreibungen immer vom palliativen Vortheile, und es wird Speck da, wo er vom Magen vertragen wird, auch nie ohne Vortheil gegessen werden.

Alcalische, vorzüglich an Chlornatrium reiche Mineralwässer sind es zunächst, die häufig allein, oder mit Milch, aber nur dann mit besonderem Vortheile verbraucht werden, wenn die oben angeführten Verhältnisse der Luft, Temperatur etc. gleichzeitig mitwirken. Darum ist es vortheilhafter, dieselben an der Quelle trinken, und den Kranken lange dort zu lassen. Hieher gehören Gleichenberg, Selters, Ems, die Eger-Salzquelle, Bilin, Fachingen etc.

Von kleinen Dosen Jodkali habe ich einmal einen auffallenden Stillstand und Besserung eintreten gesehen, doch getraue ich mich nicht nach späteren Erfahrungen dieses Mittel anzuempfehlen.

Weiters noch gelobte Medikamente, die, wenn gleich nur symptomatisch, doch immerhin zum langsameren und weniger lästigeren Verlauf beitragen, sind Narcotica, vorzüglich Morphium beim starken Husten, grosser Reizbarkeit oder Catarrh der Schleimhäute und Schlaflosigkeit; Opium bei gleichzeitiger Diarrhoe, Digitalis bei erethischen Fieberbewegungen und stärkerer Hyperämie der Lunge, Aqua laurocerasi etc.

Mit dem fortgesetzten Gebrauche der Opiate, besonders in steigender

Dosis leistet man wohl dem Kranken am Ende des Lebens wesentliche Dienste, und macht ihm ohne Zweifel das Sterben leichter; doch in früherer Zeit der Krankheit muss derselbe nur streng nach dem individuellen Bedarfe eingerichtet werden, und nur ein beschränkter sein. Auch hüthe man sich bei schon sehr geschwächten Kranken gleich eine grössere Gabe zu geben. Der Grad von Schwäche und der Gesammt-Verfall, der auf den Gebrauch der Opiate folgt, ist manchmal ein bedeutender.

Ferner Salmiak, essigsaures Blei (bei mehr acuten Nachschüben oder bei starker Schleimsecretion oder colliquativen Diarrhoen ohne Tuberkel des Darmes), die kohlensauren Alcalien, Eisen bei Anämie und starken Secretionen, China bei grosser Schwäche, Chinin bei typischen Fieberanfällen etc.

Bei Cavernenbildung, gehinderter Expectoration, üblem Geruche der Sputa etc. sind balsamische Mittel vorzüglich die Myrrha allein, oder mit Campher, Polygala Senega, Dulcamara, Goldschwefel etc. empfohlen.

Wichtig sind ferner äussere Hautreize, palliativ bei zeitweise gesteigerten Hyperämien, aber auch die lange Zeit in Eiterung gehaltenen Fontanellen, Vesicanzen und scharfen Einreibungen mit Oleum Crotonis, Tartarus emeticus-Salbe etc. sind nicht zum Vortheile der Kranken in neuerer Zeit zu sehr in Misskredit gerathen.

Einathmungen der Dämpfe des heissen Wassers, des Decoctum Althaeae, Malvae verdienten eine reichlichere Anwendung (in Stadio der Cavernenbildung). Die des Salmiak's sind neuerer Zeit besonders empfohlen. Einathmungen von Aether und Chloroform sind symptomatisch bei grosser Athemnoth, Beklemmung etc. von Vortheil, auch leistet hier Chloroform als Riechmittel (wie schon oben angegeben) gute Dienste. Einathmungen von Theerdämpfen, Terpentinöl, Creosot etc. sind bei verjauchenden Tuberkeln gelobt.

Gegen profusen Schweiss macht man Fetteinreibungen oder Waschungen mit verdünnten Mineralsäuren (Schwefelsäure). Aromatische Waschungen oder Fetteinreibungen bei Gliederschmerzen.

Pleuritische Affection, Blutungen aus der Lunge uud dem Darme, hydropische Zufälle machen manchmal noch eine andere Therapie erforderlich; hierüber ist das Nothwendige am betreffenden Orte gesagt.

Compressionen der Lunge mittelst angelegten Binden und Pflastersteifen, um dadurch den Heilungsvorgang bei Cavernen zu unterstützen, haben sich nicht bewährt.

B. Acute Tuberculose.

a) Die Miliar-Tuberculose ist bei grösserer Ausbreitung immer rasch tödtlich.

Auch lässt sich bei der hier obwaltenden Unsicherheit in der Diagnose über die Therapie wohl nichts sagen.

b) Die infiltrirte Tuberculose wird da, wo sie ohne Verdacht auf Tuberculose als genuine Pneumonie erscheint, nach den dort angegebenen Grundsätzen behandelt; aber auch da, wo sie ganz deutlich als acuter Nachschub der schon bestehenden chronischen sich ausspricht, ist manchmal eine stärkere Antiphlogose im beginnenden Werden derselben vom entschiedenen Nutzen.

Hier ist's, wo eine der Constitution und dem Alter des Individuums entsprechend starke Venäsection den ganzen Nachschub coupieren kann, oder wo derselbe unter Anwendung von Tartarus emeticus, einigen Gaben Colomel oder Ipecacuanha etc. günstig verläuft.

Es ist selbstverständlich, dass bei Erfolglosigkeit der antiphlogistischen Therapie diese bald mit einer bloss symptomatischen sedativen vertauscht werden muss.

Ist auch der gute Erfolg einer antiphlogistischen Behandlung kein häufiger, so schadet man doch nicht damit, sobald man die nöthige Vorsicht dabei nicht ausser Auge lässt, und es ist ein derartiger Versuch auch dadurch gerechtfertiget, weil nicht jede Entzündung (auch nicht jede Pneumonie) bei chronisch Tuberculösen auch a priori tuberculös sein muss. Hieher gehören zweifelsohne die günstigen Erfolge der Venäsectionen älterer Aerzte bei Behandlung der Phthysiker.

Krebs, Cysten, knorpelige Gebilde, steinige Concretionen etc., in den Lungen bringen dieselben Auscultations- und Percussions-Erscheinungen hervor, wie Tuberkel von gleicher Grösse. Die Beschaffenheit eines in den Lungen abgelagerten fremden Stoffes oder Gebildes muss aus anderen Umständen, vorzüglich aus der Körper-Constitution des Kranken und gleichzeitigen Ablagerungen in andere Organe etc. erschlossen werden, wie diess z. B. manchmal bei Lungenkrebs möglich ist. Andere Producte sind der näheren Diagnose nicht zugänglich.

Die Tuberculose des Brustfells wurde in ihrer wichtigsten Form schon abgehandelt. Tuberkelgranulation und tuberculöses Exsudat kommen in der Pleura secundär bei Lungentuberculose häufig vor. Selten ist die Ablagerung von Miliartuberkel in die Pleura mit gleichzeitigen Verschontbleiben des Lungengewebes hievon. Einmal ist es acute Tuberculose, die andere seröse Häute auch befällt, und wie schon wiederholt gesagt, einen typhusartigen Verlauf mit lethalen Ausgang beobachtet. In anderen sehr seltenen Fällen ist die Miliartuberculose des Bauchfells der Ausgangspunkt (vide diese), und hier der

nähere Vorgang im Brustfellsacke nur bei gleichzeitiger seröser Exsudation (physicalisch) zu diagnosticieren.

VIII. Lungenblutung, Bluthusten, Lungenblutsturz. Haemorrhagia pulmonum, Haemoptoë. Pneumorrhagia.

Blutungen in den Luftwegen, wobei das Blut gewöhnlich durch Husten oder Räuspern nach aussen entleert wird, werden mit diesen Collectivnamen bezeichnet.

Es gibt aber noch eine Blutung in das Lungengewebe, wobei diese Entleerung nach Aussen nicht nothwendig stattfindet; sie stellt sich im Parenchyme in Form umschriebener Herde dar, welche man entweder hämoptoische, auch hämorrhagische Infarctus oder Lungenapoplexie zu nennen pflegt, je nachdem das ergossene Blut in den noch gut erhaltenen Zellen infiltrirt erscheint, oder auch das Gewebe an der betreffenden Stelle zertrümmert, im Blutergusse untergegangen ist.

Der hämoptoische Infarct erscheint in Form runder, scharf abgegrenzter, dunkelrother Stellen, die ein ungleichförmiges, manchmal granulirtes Aussehen haben, brüchig und luftleer sind, daher im Wasser untersinken. Werden diese Stellen bis zum Blasswerden ausgewässert, so sieht man deutlich Fibringerinnsel in den Zellen. Solche Infarcte kommen theils an den Rändern, besonders den vorderen oder an der Peripherie der Lungen, selten in der Tiefe vor. Gewöhnlich sind ihrer mehrere vorhanden, und es ist ihre gewöhnliche Grösse die einer Erbse oder Wallnuss. Der entsprechende Ast der Lungenarterie ist, wie auch die nächsten Bronchien durch Blutgerinnsel verstopft, und ersterer häufig fettig degenerirt. Weitere Veränderungen, die solche Herde eingehen, sind: Schrumpfen, Vereiterung etc. etc.

Ein ähnlicher Zustand, als ganz kleine Flecken (Ecchymosen) sich darstellend, findet sich manchmal bei stärkeren Blutungen auf grössere Parthien ausgebreitet (Capillar- Apoplexie, Ecchymosen).

Der apoplectische Herd unterscheidet sich vom hämoptoischen Infarct dadurch, dass bei ersteren das Lungengewebe zerrissen, und das Blut sich in einer wirklichen Höhle vorfindet. Anfangs erscheint der Herd sehr unregelmässig, von zerrissener, zottiger, Lungensubstanz umgeben. Später wird er durch eine in seiner Umgebung auftretende reactive Entzündung abgekapselt, und der weitere Vorgang ist so, wie bei den apoplectischen Cysten des Gehirnes.

Der Zustand in den übrigen Lungentheilen kann bei diesen

Vorgängen ein verschiedener sein. Auch ist derselbe bei den nach Aussen stattfindenden Blutungen nicht immer derselbe.

Symptome.

Das aus den Luftwegen kommende Blut wird wie schon gesagt, durch Husten oder Räuspern entleert, ist bald heller, bald dunkel roth, bald ganz flüssig, bald theilweise schon geronnen, häufig ganz schaumig, (von beigemischten Luftblasen) oder mit Schleim, Eiter etc. gemischt; das in grösserer Menge im flüssigen Zustande entleerte gerinnt bald früher, bald später, und es ist die Menge des entleerten Blutes sehr verschieden; manchmal hängt es den anderen Stoffen in Form von Streifen oder Punkten an, manchmal macht es den grössten Bestandtheil des sonst schaumigen oder schleimigen Sputums aus; in anderen Fällen endlich wird es in grösseren Strömen (theils unterbrochen, theils continuirlicher) aus dem Munde und der Nase gleichzeitig entleert.

Bei grösseren Blutungen wird nicht selten ein Theil des Blutes verschluckt, und hinterher durch Erbrechen entleert.

Die grösseren Mengen sind es zunächst, die man mit dem Namen von Lungenblutsturz, Pneumorrhagia bezeichnet, während man die anderen geringen Bluthusten Hämoptoë zu nennen pflegt.

Wie schon gesagt, hängen die nach Aussen stattfindenden Blutungen mit dem in die Gewebe ergossenen und dort zurückbleibenden Extravasat nicht zusammen; beide diese Zustände werden bei den verschiedenen Graden ihrer Heftigkeit und Ausbreitung häufig getrennt gefunden.

Der Blutung selbst liegt zunächst immer Zerreissung der Capillarien oder grösserer Gefässe zum Grunde; die entferntere Ursache ist eine verschiedene, gewöhnlich complicirte.

Nur mit genauer Berücksichtigung dieser ursächlichen Momente ist die eigentliche Diagnose der Blutung möglich. Man unterscheidet sowohl in dieser, als in der für die Therapie wichtigen Richtung primäre und secundäre Blutungen.

Die primären, selbstständigen Lungenblutungen kommen ohne sonstiger Erkrankung des Lungengewebes und der Gefässe zu Stande, sind im Ganzen selten, viel seltener als die secundären; kommen beim männlichen Geschlechte häufiger vor, und erfolgen auf heftige active Bewegungen und Erhitzungen des Körpers nach dessen plötzlicher Abkühlung, nach heftigen Husten, Schreien, nach mechanischen Beleidigungen etc. (vide Lungenhyperämie).

Sie sind selten copiös, das Blut wird frisch, zumeist schaumig,

mit wenig Gerinnsel gemischt und mit heller Farbe unter stärkeren Husten ausgeworfen. Sie sind von den bei activen Lungen-Hyperämien angeführten Zeichen und von Gefässaufregung begleitet.

Die physikalische Untersuchung, so wie die Anamnese und der Habitus des Kranken weisen kein anderes Leiden nach; durch erstere sind manchmal die Zeichen des Catarrhs zu vernehmen.

Secundäre Lungenblutungen sind die bei Weitem häufigeren; das Verhalten des ausgeworfenen Blutes ist manchmal wie das bei den primären (besonders bei beginnender Tuberculose und Herzfehlern), es sind aber alle jene Modificationen hiebei möglich, die oben angegeben wurden.

Die Blutungen kommen am häufigsten bei der Lungentuberculose (als Folge der die Ablagerung begleitenden Hyperämie, seltener durch Anätzung der Gefässe), bei mechanischen Stasen vorzüglich durch Krankheiten des linken Ostium venosum und Hypertrophie des rechten Ventrikels bedingt, ferner bei pleuritischen Ergüssen, Thoraxverkrümmungen, Lungen-Emphysem (mässigen Grades) etc.; und endlich bei Schwächezuständen (bei Typhus, Säufern, Gehirnkrankheiten, Morbus Brightii etc.) und skorbutischer Beschaffenheit des Blutes vor.

In den letzten Fällen, so wie bei Anätzung der Gefässe kommen die eigentlichen Blutstürze zu Stande, und es bietet bei Skorbut das Blut diejenigen Qualitäten dar, wie selbe dem skorbutischen Blute zukommen.

Blutungen aus zerrissenen Gefässen durch Fettentartung ihrer Wandungen, durch Berstung eines Aneurysma der Aorta, etc., wenn sie sich durch die Luftwege entleeren, sind gewöhnlich massenhafter, und es sind dieselben auch als secundäre Blutungen zu betrachten.

Die in den ersten Stadien der Pneumonie stattfindende Blutung aus der Capillarität der Lungen (vide pneumonisches Sputum) wird nicht als selbstständige aufgefasst.

Die genauere Diagnose der secundären Blutungen ist nur nach Erwägung der anamnestischen und begleitenden Zustände und durch physikalische Untersuchung der Brustorgane möglich.

Wenn das ergossene Blut flüssig und in den Luftwegen beweglich ist, so erzeugt es daselbst ungleichblasiges Rasseln; welches während des Hustens am stärksten in der Trachea und zwischen den Schulterblättern gehört wird.

Die bei beginnender Tuberkelablagerung stattfindenden Blutungen haben das Eigenthümliche, dass sie manchmal in ihren Anfällen

einen gewissen Typus beobachten; sie sind es vorzüglich, die häufig für primäre Blutungen gehalten werden.

Hämoptoischer Infarctus und Apoplexie erscheinen selten in solcher Grösse, dass sie den Percussionsschall verändern; die gewöhnlichen auscultatorischen Zeichen sind auch nicht bezeichnend: Rasseln, Schnurren etc. Nur in den seltenen Fällen von grosser Ausdehnung derselben können sie bronchiales Athmen und Bronchophonie etc. erzeugen.

Was den weiteren Verlauf und die Prognose dieser Lungenblutungen anbelangt, so ist diess in den meisten Fällen von dem zu Grunde liegenden Leiden abhängig.

Secundäre Lungenblutungen sind bei sonst günstigeren Verhältnissen (durch heilbare Zustände: Typhus, Scorbut bedingte) immer schlechter als andere Blutungen; durch die Menge des entleerten Blutes setzen sie, abgesehen von allen anderen Umständen häufig grosse Schwäche und können selbst im Momente Erstickungsgefahr erzeugen, wenn durch zu grosse Extravasation die Bronchien sich nicht schnell genug des Blutes entledigen können.

Primäre Blutungen sind selten von Bedeutung.

Bei Lungenblutungen ist es gerade nicht weiter nothwendig, dieselben nach dem Charakter in active und passive zu scheiden.

Die primären sind und bleiben meistens activ, und bei den secundären (die entweder activ oder passiv sind) hängt diess vorzüglich von der Verschiedenheit des sonstigen Zustandes ab, doch geschieht es hier, dass diese Blutungen mit den Zeichen eines activen Charakters beginnen, und durch ihre Menge den früheren Charakter des Leidens schnell in einen bedeutenden Schwächegrad und in Anämie überführen, und somit zu passiven werden.

Die Therapie der primären Lungenblutung besteht in Ausführung dessen, was wir bei primären Lungenhyperämien angeführt haben. Ruhe des Körpers, der Sprach- und Athmungsorgane, kühle reine Luft, kalte Umschläge auf die Brust, Ableitungen auf den Darm (durch Salina) Hautreize, manchmal allgemeine Blutentziehungen.

Als Hämatostaticum wird gleichzeitig Kochsalz angewendet. Grössere Mengen desselben ($^1/_2$—1—2 Esslöffel) entweder trocken, oder noch besser in wenig Wasser gelöst und in kurzen Zwischenräumen wiederholt. Stellt sich später wieder ein Anfall ein, so nimmt man wieder zu Kochsalz seine Zuflucht.

Ist der Grad kein hoher, und dauert die Blutung mehr ununterbrochen fort, so gibt man Alaun in Pulverform (2—3 Gran alle

Stunde), und bei stärkeren Hustenreiz Morphium oder Pulvis Doweri.

Bei Bluthusten am Anfange der Tuberculose ist manchmal ein antiphlogistisches Verfahren selbst durch längere Zeit nothwendig. Nur sei man mit der Wiederholung der Venäsection und stärkeren Abführmitteln vorsichtig. Kalte Umschläge werden nicht immer gut vertragen.

Morphium bei starkem Hustenreiz, und Chinin bei typischen Anfällen des Bluthustens sind von entschiedenen Nutzen.

Als blutstillende Mittel gebraucht man hier, so wie in allen anderen Fällen secundärer Hämorrhagie: Kochsalz, Alaun ($^1/_2$—2 Drachmen des Tages), Tannin, Ergotin, Acidum Benzoicum, Oleum therebinthinae (20—30 Tropfen alle 3—4 Stunden), Blei, Ratannhia etc. etc.

Die Dosis richtet sich nach dem Grade und der Heftigkeit der Blutung; reicht man mit dem einen Mittel nicht aus, so steigert man die Dosis, oder lässt gleichzeitig ein paar dieser Hämoptoica mit einander nehmen.

Die weitere Behandlung bei sonstigen secundären Pneumorrhagien ist selbstverständlich eine verschiedene, so auch die Nachbehandlung in allen Fällen von Lungenblutungen.

IX. Lungenbrand, Lungenerweichung Gangraena pulmonum, Sphacelus pulmonum.

Er kömmt als umschriebener und diffuser vor.

An der betreffenden, bald kleineren, bald grösseren, bald mehr, bald weniger umschriebenen Stelle findet sich das Lungengewebe in einem aashaft stinkenden, morschen, missfärbigen Brei verwandelt. Manchmal sind mehrere umschriebene Brandherde vorhanden, sie kommen in beiden Lungen und häufiger an der Peripherie und im unteren Lappen als sonst wo vor.

Aetiologie.

Lungenbrand kommt vor bei pneumonischen Prozessen der Lunge und der Bronchien, aber auch ohne denselben bei Typhus, Säufern, Scorbut, bei alten decrepiden Leuten, bei chronischen Geisteskranken etc. Bei Tuberculose und Bronchial-Erweiterung, sowie nach Aufnahme von Brandjauche an anderen Stellen bildet sich manchmal rasch Lungen-Gangrän aus.

Keineswegs ist also Lungenbrand ein Ausgang oder hoher Grad genuiner Entzündungsprozesse.

Diagnose.

Das einzige Charakteristische für Lungenbrand ist das aashaft stinkende Sputum und der stinkende Athem des Kranken, manchmal von solcher Intensität, dass sie dem Kranken und dessen Umgebung unerträglich werden.

Alle anderen Symptome sind nach den vorausgegangenen oder complicirenden Zuständen verschieden; Diffuser Brand erzeugt wohl immer grossen Collapsus, Schwäche und Hirnsymptome der Depression.

Die auscultatorischen Zeichen sind die des Catarrhs oder bei gebildetem Substanzverluste in Form von Cavernen sind die Zeichen der Percussion und Auscultation dieselben wie bei tuberculösen Höhlen.

Aber auch der aashafte Gestank kann manchmal fehlen, wenn der Brandherd durch secundäre Entzündung abgekapselt ist, und nicht nach Aussen mittelst eines Bronchus communizirt.

Anderer Seits muss man sich hüten, das stinkende Sputum, wie es manchmal aus erweiterten Bronchien oder Tuberkelhöhlen kömmt, für Brandjauche zu halten.

Verlauf.

Circumscripter Brand ist der Heilung fähig, durch die reactive (interstitielle) Entzündung in der Umgebung, und durch den Auswurf der Brandjauche wird der Herd zum gewöhnlichen, der Heilung fähigen Abscesse.

Häufiger beschleunigt der Brand den tödtlichen Ausgang des primären Zustandes, und kann nebstbei Blutungen (durch Zerstörung der Gefässe), und Pneumothorax (bei Durchbohrung der Pleura) erzeugen.

Diffuser Brand ist immer lethal.

Therapie.

Ausser nährender Kost und jenem Regime, welches bei Scorbut u. dgl. angewendet wird, und welches für den sonstigen Zustand des Kranken angepasst werden muss, kann man innerlich gegen die Gangrän als solche: Mineralsäuren, Chlorwasser, Chlorkalk, Creosot, China, Chinin, Myrrha etc. geben.

Ferner lässt man Terpenthindämpfe einathmen, von welchen Skoda wiederholt gute Erfolge gesehen hat.

In der Umgebung des Kranken müssen desinficirende Räucherungen gemacht werden: mit Chlor, Wachholder, Essigdämpfen, oder man stellt Chlorkalk auf, besprengt die Umgebung und das Bettzeug des Kranken mit Essig etc. etc.

X. Lungenödem, Oedema pulmonum, Hydrops pulmonum.

Ist Infiltration von seröser, verschiedenartig gefärbter Flüssigkeit in die Lungenzellen und die feinen Bronchialverzweigungen.

Man unterscheidet ein acutes, rasch zu Stande gekommenes und ein chronisches; ein mehr ausgebreitetes (bisweilen über beide Lungen), oder mehr umschriebenes.

Bei höheren Graden ist die Lunge gespannt und ausgedehnt.

Beim acuten fliesst ein feinschaumiges, röthliches oder mehr dunkelrothes, nicht ganz dünnes und trübes Serum über die Schnittfläche heraus, das Serum ist stark eiweisshältig; die Lunge ist stark hyperämisch und leicht zerreisslich.

Beim chronischen ist das Serum wenig und in höheren Graden gar nicht schaumig, blass-gelblich oder gar nicht gefärbt, sehr dünnflüssig, klar und wenig eiweisshältig. Die Lunge nicht hyperämisch oder anämisch und etwas zähe.

Aetiologie.

Lungenödem ist nur selten ein primärer Zustand, gewöhnlich entsteht es secundär bei anderen Krankheitsprozessen.

Das acute, auch die seröse Pneumonie, Hydropneumonia genannt, kann bei hochgradigen Lungenhyperämien sich rasch ausbilden, und stellt uns dann das Bild jener Todesart vor, welche man gewöhnlich Stickfluss nennt. Es kann dasselbe sich bei allen acuten Prozessen entwickeln, vorzüglich bei diffusen Bronchial-Catarrhen, bei Pneumonien, bei Bronchialcroup, bei unvollkommener Entwickelung oder bei raschem Zurücktreten der Hauthyperämie, bei Exanthemen (Scharlach, Masern, Blattern); bei Typhus, Morbus Brightii, bei Hyperämien der Lungen bedingt durch Krankheiten des linken Ostium venosum und Hypertrophie des rechten Herzens, durch chronische Gehirnleiden mit oder ohne chronischen Catarrhen der Lunge, bei Lungentuberculose, Infiltration der Bronchialdrüsen etc. etc.

In den letzten Fällen braucht es oft nur einer geringen anderen Einwirkung z. B. eines Gemüths-Affectes oder Verkühlung oder Anstrengung etc., um dass sich rasch ein allgemein verbreitetes Oedem ausbildet.

Am häufigsten entsteht das acute Oedem in der Agonie nach den verschiedensten Krankheiten.

Ein umschriebenes Oedem ist der constante Begleiter der Pneumonien, des Croups, der Bronchialschleimhaut, der Lungentuberculose.

Das chronische Lungenödem, fast immer mit Hydrothorax complizirt, kommt unter allen jenen Verhältnissen zu Stande, die der Ausbildung von Hydrops günstig sind. (Vide 1. Band.)

Krankheitsbild.

Ungeheure Dyspnoe mit dem Gefühle einer erdrückenden Last unter dem Sternum, welche durch keine Lageänderung gemildert wird; verminderte Beweglichkeit des Thorax (der Kranke macht alle möglichen Bewegungen: richtet sich auf, stemmt sich auf die Arme, streckt den Kopf nach Vorwärts etc., um sich das Athmen zu erleichtern, doch sind die Athembewegungen vermindert), krampfhaftes Husten mit dem Auswurfe einer serösen, schaumigen, blass oder dunkler rothen Flüssigkeit in verschiedenen Mengen; rasche Ausbildung von cyanotischer Färbung der Haut, des Gesichtes, der Extremitäten etc., verbreitetes Rasseln, Schnurren, Zischen etc. bei normalen oder etwas leeren oder (was am häufigsten) etwas tympanitischen Percussionsschall — sind die Symptome des acut auftretenden, mehr verbreiteten Oedems.

Der Auswurf wird nach unbestimmter Zeit weniger, das Erstickungsgefühl zeitweise noch gesteigert, das Rasseln immer stärker, bald mit freiem Ohre in der Entfernung hörbar; der Kranke verfällt in soporösen Zustand, der Husten wird jetzt seltener, das Athmen aussetzend etc. etc.

Beim umschriebenen acuten Oedem steigert dasselbe die functionellen Symptome des früheren Leidens, und an der betreffenden Stelle sind Rasselgeräusche und ein normaler oder tympanitischer Schall zu hören.

Bei dem in Agonie sich bildenden Oedeme ist der soporöse Zustand der Vorläufer, dann folgen die Rasselgeräusche, das laute Tracheal-Rasseln, das aussetzende Athmen etc. etc.

Die Symptome des chronischen Oedems sind durch das primäre Leiden verschiedenartig modificirt; umschriebene Oedeme oft gar nicht zu diagnosticiren.

Bei höheren Graden sind Dyspnoe, dann verminderte Respiration im Missverhältnisse zu gewaltsamen Muskelanstrengungen, Husten mit dem schaumigen weissen oder mit Schleim gemischten Sputum und die Rasselgeräusche vorhanden.

Umschriebene chronische Oedeme, wobei die Zellen ganz mit Serum ausgefüllt sind, können den Percussionsschall dumpf und leer machen. Auch können sie bei ihrem Vorkommen an der Lungen-

spitze in cachectischen Individuen leicht für tuberculöse Infiltration gehalten werden, wie diess schon gesagt wurde.

Verlauf und Prognose.

Acutes Lungenödem kann sich rasch ausbilden, und binnen wenigen Stunden tödten. Wo es im höheren Grade bei acuten Krankheiten, wann und wie immer sich ausbildet, ist es immer ein sehr gefährlicher Zustand. Leichter wird es noch behoben bei chronischen Zuständen, wenn es nicht zu rasch sich ausbildet, die Constitution des Kranken nicht zu geschwächt, die Gelegenheitsursache keine zu heftige war.

Umschriebene Oedeme haben gewöhnlich keine besondere Bedeutung.

Das chronische Oedem hat die Bedeutung des Hydrothorax in etwas erhöhten Grad.

Therapie.

Bei acutem, mehr verbreitetem Oedem sucht man nebst den für alle Lungenkrankheiten nöthigen Regime etc. durch ein wirksames Brechmittel der weiteren Exsudation Grenzen zu setzen. Grössere Gaben Ipecacuanha mit Tartarus emeticus, oder letzterer allein, oder bei grösserem Torpor der Constitution ein Infusum Ipecacuanhae (ex drachma 1 — 2) mit Liquor ammonii anisati (scrupulum 1 — 2). In manchen Fällen, bei noch jüngeren gut erhaltenen Leuten gleichzeitig eine Venäsection.

Im Verlaufe von acuten Krankheiten und gleichzeitiger Hirnhyperämie grosse Dosen Calomel mit oder ohne Opium. Bei zurückgetretenen Exanthemen, nebstbei starke Hautreize, mit Kren versetzte Senfteige in grosser Ausbreitung.

Bei mehr umschriebenen oder langsamer sich ausbildenden scharfe Einreibungen oder Vesicanzen.

Bei chronischen Oedemen die gewöhnlichen Diuretica: Scilla, Juniperus etc. oder bei träger Darmfunction Drastica: Jalappa mit und ohne Colomel, Aloe, Einreibungen von Crotonöl in die Nabelgegend etc. etc.

XI. Lungen-Emphysem, Emphysema pulmonum; das vesiculäre Lungen-Emphysem, Emphysema pulmonum vesiculare.

Hierunter verstehen wir denjenigen Zustand des Lungengewebes, wobei die Luftzellen desselben erweitert sind.

Dieser Zustand findet sich entweder auf eine kleinere Parthie der Lunge beschränkt; so findet man die Ränder emphysematös bei Hepatisation oder bei tuberculösen Lungen etc.; oder es beginnt dieser Prozess zwar auf einer kleineren Stelle, greift aber successive weiter,

erstreckt sich über einen ganzen Lungenflügel, zuletzt über beide Lungen, und diese Form ist es eigentlich, welche als selbstständige Krankheit Gegenstand der Behandlung und besonderen Betrachtung wird.

Das im Alter vorkommende Emphysem fällt mit Marasmus der Lunge zusammen und hat weniger Bedeutung.

Emphysematöse Lungen nehmen an Umfang zu, bedecken und verschieben das Herz, drängen das Zwerchfell nach abwärts, und sich nach Eröffnung des Thorax durch die Oeffnung desselben heraus. Sie fühlen sich eigenthümlich weich und nachgiebig an, wie ein mit Eiderdunnen gefülltes Kissen, sind trocken, blass, anämisch und haben stumpfe Ränder.

Die Zellen derselben erscheinen grösser, am grössten in den vorderen Parthien, und da wo nach vorgängiger Atrophie der Zellenwandungen einige oder mehrere Zellen zusammengeflossen sind; so erreichen sie die Grösse einer Erbse, einer Nuss etc., als Reste der ehemaligen Zellen ragen in diesen häutigen Erweiterungen strang- und brückenförmige Erhabenheiten hervor.

An den hinteren Parthien der Lunge ist der Prozess stets im geringeren Grade.

Neben diesem über eine grössere Parthie der Lunge verbreitetem Zustande finden sich in den Leichen Catarrh der Bronchial-Schleimhaut, Blennorrhoe derselben; Blutüberfüllung des rechten Herzens, Hypertrophie oder Erweiterung des rechten Ventrikels, Hyperämie, Vergrösserung etc. der Leber, Hydrops (ohne und mit Morbus Brightii) Cyanose.

Krankheitsbild und Verlauf.

Nach dem Grade des substantiven Emphysems sind auch die Zeichen desselben verschieden; die physikalischen haben den grössten Werth, sind eigentlich nur allein die bestimmenden.

Bei höheren Graden des allgemeinen Emphysems, zeigt uns die Inspection den Thorax erweitert in allen seinen Durchmessern, seine Gestalt ist eine fassförmige. Die Zwischenrippenräume erscheinen erweitert, die Muskel daselbst nicht hervorgetrieben, der untere Rippenbogen springt stärker vor, der Herzstoss wird nicht an seiner normalen Stelle gesehen, hingegen sieht man demselben entsprechend manchmal im Epigastrio eine undulirende Bewegung.

Trotz der Anstrengungen des Kranken beim Athmen (und der manchmal hypertrophirten Inspirationsmuskeln am Halse und Thorax) fällt die Beweglichkeit des Brustkorbes beim Ath-

men gering aus. Bauchathmen ist vorherschend. Die Mensuration bestätiget die sichtbare Erweiterung des Thorax. Bei der Palpation fühlt man den Thorax weniger gehoben, die Stimmvibration ist deutlich, so auch manchmal das starke Rasseln (beim Catarrh) vernehmbar. Die Percussion gibt einen vollen hellen (manchmal den Rändern entsprechend einen tympanitischen) Schall, welcher über die normalen Grenzen dieses Schalles hinausgeht, links die Gegend des Herzens, rechts die der Leber einnimmt. (Das Herz wird nach rechts und abwärts, nicht aber über die Mittellinie des Körpers verschoben, und durch die sich vorschiebende Lunge gedeckt, also von der Thoraxwand entfernt; daher der schwache undulirende Herzstoss im Scrobiculo cordis, welcher häufig auch gar nicht gesehen und nur schwach gefühlt wird). Die Auscultation hört die verschiedensten trockenen (Zischen, Pfeifen, Schnurren) und wegen vorhandenen Catarrh und Blennorrhoe der Bronchien auch feuchte, nicht consonirende Rasselgeräusche. Sie bestehen in mannigfacher Combination neben einander, wechseln an derselben Stelle mit einander und mit schwächeren oder unbestimmten Athmen ab, werden stellenweise bei der Inspiration oder Exspiration oder mehr continuirlich gehört. Man kann diese Geräusche an allen den Stellen hören, wo der Percussionsschall voll und hell ist, also über die normalen Grenzen der Lunge hinaus. Der zweite Ton der Pulmonalis ist verstärkt; Hypertrophie oder Erweiterung des rechten Herzens (manchmal mit consecutiver Insufficienz der Tricuspidalis), Vergrösserung der verdrängten Leber in den Fällen ihres gleichzeitigen Bestandes physikalisch nachweisbar.

Die an solchen Emphysem Leidenden werden belästiget von:

a) Dyspnoe, diese ist im Anfange des Leidens nicht hochgradig, nicht anhaltend, nimmt in der Folge an Stärke zu, und verschwindet bei höheren Graden nie vollends mehr.

Herbeigeführt oder später bloss gesteigert wird sie durch Anstrengungen des Körpers (schnelles Gehen, Stiegensteigen), durch Tragen schwerer Lasten, durch vieles Sprechen etc., durch Einathmen von unreiner, mit Wasserdämpfen, mit Rauch, mit Staub geschwängerter Luft; durch Gemüthsaufregungen, durch Ueberfüllung des Magens oder den Genuss geistiger Getränke etc.

b) Acuten Verschärfungen des bestehenden Catarrhs, diese stellen sich im Anfange des Leidens nach directen Verkühlungen, später auch ohne solchen beim Wechsel der Jahres-

zeiten, bei feuchten nassen Wetter ein; setzen den Kranken durch 2 — 3 Wochen einem sehr qualvollen, fieberhaften Zustande aus, wobei die habituelle Dyspnoe bedeutend gesteigert, und Hyperämien zum Gehirne etc. eingeleitet werden.

c) Magen- und Darm-Catarrhen, Phlethora abdominalis, Hämorrhoidalzuständen, zeitweisem Icterus, chronischen Eczemen etc. Alles diess in unbestimmter Reihenfolge, wechselndem Grade und verschiedener Dauer.

d) Asthmatischen Anfällen (vide Asthma).

e) Zuletzt an den verschiedenen Graden und Formen des Hydrops.

Bei höheren Graden sehen die Kranken cyanotisch aus; die Dyspnoe ist anhaltend, das Geschäft des Athmens immer mühevoller und angestrengter, alle stärkeren Bewegungen und Aufregungen müssen gemieden werden; Wechsel der Temperatur und der Eintritt des Herbstes, des Winters werden gefürchtet.

Zuletzt magern die Kranken rasch ab und sterben an Hydrops mit raschen Verfall der Vegetation, wenn nicht früher durch plötzliche Paralyse der Lungen oder des Herzens oder in seltenen Fällen durch Hirn-Apoplexie der Tod herbeigeführt wurde.

Der Verlauf ist hiebei im Ganzen ein sehr langsamer; die Anfänge des Leidens fallen häufig in die Kindheit oder in das junge Mannesalter, und doch sieht man Emphysematöse ein höheres Alter erreichen.

Es hängt diess zunächst von den Verhältnissen ab, in welchen der Kranke lebt; kann er alle die Schädlichkeiten meiden, welche wir oben als die Symptome steigernd angeführt haben, so geht die Ausbildung langsamer etc. Nichts macht den Zustand rascher zu höheren Graden gedeihen, als die zeitweisen fieberhaften Catarrhe; sie sind es auch zunächst, welche das Emphysem bei noch mässigen Graden der Ausbildung durch einige Wochen gefährlich und sehr qualvoll gestalten. Nach solchen Catarrhen kommt es früher als sonst zur bleibenden Beschwerlichkeit, zur hochgradigen Dyspnoe, zu den asthmatischen Anfällen, zu Hydrops etc.

Bei langer Dauer und höheren Graden ist auch der anhaltende Catarrh oder die Blennorrhoe stärker, daher der Husten mit catarrhalischen, blennorrhoischen oder dunklen glasig-schleimigen Auswurfe den Kranken nicht mehr verlässt.

Bei geringeren Graden dieses Emphysems oder bei einseitigem Emphysem etc. sind natürlich auch die physikalischen Zeichen dem

entsprechend modificirt. Das umschriebene Emphysem, wie es in der Nähe von hepatisirten oder tuberculös infiltrirten Stellen vorkömmt, gibt einen hellen, etwas tympanitischen Schall; das Athmen kann vesiculär, kann schwächer kann unbestimmt sein.

Aetiologie.

So wie acute Catarrhe den Prozess am meisten steigern, sind sie auch die häufigste Ursache desselben, gleichviel ob sie selbstständig oder durch Croup und Bronchitis eingeleitet sind.

Ferners müssen noch als Ursachen der höheren Grade des Emphysems angeführt werden, die übermässigen Anstrengungen der Athmungsorgane beim Tragen schwerer Lasten, Berg- und Stiegensteigen, bei Ausübung der Blasinstrumente etc. Der Druck von angeschwollenen Bronchial- und Mediastinal-Drüsen, von Aneurysmen, so wie früher bestandene organische Herzkrankheiten haben auch einen geringeren Grad dieses Leidens manchmal im Gefolge.

Auch eine erbliche Anlage zu Emphysem wird nach Jackson von mehreren Auctoren angenommen.

Die Prognose ist bei höheren Graden des Leidens immer ungünstig, übrigens auch hier verschieden nach den Stand der secundären Zustände (Herzfehler, Leber und Nierenleiden etc.) der Gesammtvegetation und dem Umstande, ob der Kranke sich eines schonenden Regime's erfreuen kann oder nicht. Niedere Grade lassen unter den letztgenannten Verhältnissen selbst noch eine günstigere Vorhersage stellen.

Emphysematiker sind zur Ausübung gewisser Gewerbe, zum Militärstande etc. nicht geeignet, durch acute Catarrhe, Exantheme, Typhus etc. immer mehr gefährdet, nur von croupösen Prozessen der Lunge sind sie verschont.

Umschriebenes Emphysem bei Pneumonie oder Bronchitis ist heilbar; heilt nach dem entzündlichen Prozesse von selbst.

Bei Tuberculose, Herzfehlern u. dgl. erschwert es den Zustand des Kranken.

Therapie.

Die erste Anzeige ist, dass alle Momente gemieden werden, welche den Blutandrang zu den Lungen steigern, den vorhandenen Catarrh verschlimmern, und zu neuen Anfällen von heftigen diffusen Bronchial-Catarrh Veranlassung geben können.

Verkühlungen, Anstrengungen, Excesse in der Diät etc. sind streng zu meiden.

Wenn möglich, muss der Stand und die Beschäftigung, der

Stadtaufenthalt, das Klima, entweder ganz oder zeitweise gewechselt werden.

Stärkerer Catarrh oder die sonst das Leiden erschwerenden Zufälle des Hydrops, der Herzkrankheit, der Abdominalplethora erfordern manchmal eine symptomatische Behandlung, selbst durch längere Zeit, und es wird dieselbe so geleitet, wie sie an den betreffenden Orten angegeben ist; chronische Eczeme sind nicht gewaltsam zu beheben.

Nebst allen diesen haben wir gegen alle Grade des Emphysems und die durch dasselbe bedingten lästigen Zufälle (Dyspnoe, Asthma etc.) nur ein linderndes Mittel, und das ist Morphium. (Opium, Pulvis Doweri).

Durch die Verminderung des Athmenbedürfnisses und die Abstumpfung der Empfindlichkeit der Schleimhaut gegen äussere Einflüsse hat man bisher noch das Meiste geleistet; sowohl zur Beschwichtigung der Symptome, als zur Hintanhaltung der rascheren Ausbildung, und dieses leistet Morphium in eminentester Weise.

Die spezielle Anwendung lässt sich nicht angeben, doch muss vor Missbrauch darum gewarnt werden, weil sonst im dringenden Momente die Hülfe desselben ausbleibt.

Als Unterstützungsmittel sind bei stärkerer Dyspnoe die Einathmungen des Aethers, Chloroform's, das Riechen des letzteren zu nennen.

Vor schwächender Behandlung durch Aderlässe, salinische Abführmittel, starke Eiterungen in der Haut etc. muss hier gewarnt werden; sie bringen nur momentane Erleichterung, und schaden durch rascheren Verfall der Constitution unverhältnissmässig mehr.

Eine radikale Behandlung, die bei mässigeren Graden immer versucht werden soll, muss eine stärkere Contraction der übermässig ausgedehnten Lungenzellen und ausgiebigere Exspirationen einzuleiten suchen; hiezu sind vorgeschlagen: Das Einathmen von reizender Gebirgsluft, Seeluft, von Oxygen-Gas, von Chlordämpfen, Dämpfen des Theers, Terpentinöl etc., kalte Waschungen und Begiessungen des Thorax, des Rückgrates; Gymnastik, vorsichtiges Bergsteigen, Strychnin, Electricität etc.

Das interlobuläre Emphysem ist kein Gegenstand der Diagnose.

XII. Pneumothorax, Pneumopyothorax, Pneumohydrothorax.

Ansammlung von gasartiger Flüssigkeit im Brustfellsacke nennt man Pneumothorax.

Wenn nicht schon früher oder gleichzeitig, so kommt es bald auch zur Absetzung eines wässerig-eiterigen, wässerig-jauchigen Ergusses; daher die anderen Benennungen allgemein üblich sind.

Diese gasförmige Flüssigkeit ist am häufigsten atmosphärische Luft, welche nach Durchbohrung der Pleura durch die Bronchien oder nach Verwundungen des Thorax von Aussen dahin gelangt. In seltenen Fällen entwickelt sich dieses Gas aus einem eiterigen oder jauchigen Exsudate der Pleura.

Die Prozesse der Lungen und des Brustfelles, bei welchen solche Luftaustretungen stattfinden, sind bereits im Verlaufe angegeben worden; gewöhnlich sind es metastatische Abscesse, Lungenbrand, am häufigsten aber frische tuberculöse Ablagerungen an der Peripherie der Lungen mit rascher Cavernenbildung und folgendem Durchbruche der Pleura.

Wie schon gesagt, sind gleichzeitig mit dem Gase auch andere Flüssigkeiten vorhanden, und es wird die Lunge, wenn sie nicht angewachsen ist, so wie bei pleuritischen Ergüssen nach hinten und oben comprimirt.

Symptome.

Der Prozess kommt inmitten eines anderen Krankseins meist plötzlich, seltener nach heftigeren pleuritischen Schmerzen zur Entwicklung. Der Kranke wird von grosser Dyspnoe, Angst vor Erstickung befallen; ist sehr hinfällig, kann auf der kranken Seite nicht, oder gar nicht liegen etc.

Die Diagnose kann nur durch die physikalische Untersuchung gemacht werden.

Die eine Thoraxhälfte hat an Umfang zugenommen, ist bedeutend convexer; die Zwischenrippenräume sind hervorgetrieben und bleiben beim Athmen unbeweglich. Die aufgelegte Hand fühlt kein Vibriren der Stimme, des Athmens etc. das Zwerchfell wird stark hinabgedrängt, ebenso das Herz (bei linkseitigem Pneumothorax) nach rechts in die Mittellinie, häufiger ganz auf die rechte Seite verschoben.

Bei der Percussion hört man dort, wo die gasförmige Flüssigkeit angesammelt ist (also bei liegenden Kranken vorne), einen

hellen, tympanitischen, vom metallischen Klange begleiteten Schall. (Ist die Brustwand zu sehr gespannt, so geht das Tympanitische des Schalles verloren; den metallischen Klang hört man deutlicher, wenn man beim Percutiren zugleich auscultirt). An der Stelle, wo die comprimirte Lunge liegt (hinten und oben), ist der Schall mehr weniger dumpf; dort, wo das tropfbar flüssige Exsudat ist, ist er dumpf und leerer (doch reicht der helle tympanitische Schall über die Grenze der Lufthöhle, unter das Niveau der andern Flüssigkeit hinaus), und weil dieses Exsudat den Gesetzen der Schwere folgend, die untersten Stellen einnimmt, wechselt somit auch der dumpfe Schall nach der Lageveränderung des Kranken

Beim Auscultiren hört man an der vorderen Seite des Thorax kein hier erzeugtes Athmungsgeräusch; meistens hört man hier beim Sprechen des Kranken, beim Husten Räuspern, manchmal beim tiefen Athmen den amphorischen Wiederhall oder das metallische Klingen. (Diese Geräusche können auch fehlen, wenn derjenige Bronchus in der comprimirten Lunge, wo die Stimme, das Athmen etc. consoniren, durch eine dicke Lage Lungensubstanz von der Pleurahöhle getrennt ist). An der Stelle der comprimirten Lunge sind gewöhnlich Bronchophonie, bronchiales Athmen etc. seltener unbestimmte Geräusche zu hören.

Wenn sich der Kranke aufsetzt, hört man manchmal Tropfen fallen mit metallischem Klang.

Bei Bewegungen des Kranken, vorzüglich wenn man ihn schüttelt, hört man das Plätschern der Flüssigkeit.

Mehr abgesackter Pneumothorax ist selten, und entsteht in abgeschlossenen Exsudaten, oder wenn der Durchbruch in einen durch Adhäsionen abgeschlossenen Raum stattfindet. Hier ist der tympanitische und helle (auch mehr weniger volle) Percussionsschall, der amphorische Wiederhall und das metallische Klingen auf einen genau begränzten Raum des Thorax beschränkt etc.

In diesen Fällen ist die Verwechslung mit grösseren Excavationen leicht; doch kommen diese nur an der Spitze vor; der Pneumothorax entsteht plötzlich und hat doch gewöhnlich eine grössere Ausbreitung. Geht er aus einem abgesackten Exsudate hervor, so geht dieses voraus etc.

Der weitere Verlauf des Pneumothorax ist verschieden; in jedem Falle steigert er die Qual und die Beschwerden des Kranken um ein Bedeutendes; meistens folgt ihm auch bald das Ende des Lebens, aber nicht herbeigeführt allein durch dessen Bestand, denn

XII. Pneumothorax, Pneumopyothorax, Pneumohydrothorax.

Ansammlung von gasartiger Flüssigkeit im Brustfellsacke nennt man Pneumothorax.

Wenn nicht schon früher oder gleichzeitig, so kommt es bald auch zur Absetzung eines wässerig-eiterigen, wässerig-jauchigen Ergusses; daher die anderen Benennungen allgemein üblich sind.

Diese gasförmige Flüssigkeit ist am häufigsten atmosphärische Luft, welche nach Durchbohrung der Pleura durch die Bronchien oder nach Verwundungen des Thorax von Aussen dahin gelangt. In seltenen Fällen entwickelt sich dieses Gas aus einem eiterigen oder jauchigen Exsudate der Pleura.

Die Prozesse der Lungen und des Brustfelles, bei welchen solche Luftaustretungen stattfinden, sind bereits im Verlaufe angegeben worden; gewöhnlich sind es metastatische Abscesse, Lungenbrand, am häufigsten aber frische tuberculöse Ablagerungen an der Peripherie der Lungen mit rascher Cavernenbildung und folgendem Durchbruche der Pleura.

Wie schon gesagt, sind gleichzeitig mit dem Gase auch andere Flüssigkeiten vorhanden, und es wird die Lunge, wenn sie nicht angewachsen ist, so wie bei pleuritischen Ergüssen nach hinten und oben comprimirt.

S y m p t o m e.

Der Prozess kommt inmitten eines anderen Krankseins meist plötzlich, seltener nach heftigeren pleuritischen Schmerzen zur Entwicklung. Der Kranke wird von grosser Dyspnoe, Angst vor Erstickung befallen; ist sehr hinfällig, kann auf der kranken Seite nicht, oder gar nicht liegen etc.

Die D i a g n o s e kann nur durch die physikalische Untersuchung gemacht werden.

Die e i n e T h o r a x h ä l f t e hat an Umfang zugenommen, ist bedeutend convexer; die Zwischenrippenräume sind hervorgetrieben und bleiben beim Athmen u n b e w e g l i c h. Die aufgelegte Hand fühlt k e i n V i b r i r e n der Stimme, des Athmens etc. d a s Z w e r c h f e l l wird stark hinabgedrängt, ebenso das H e r z (bei linkseitigem Pneumothorax) nach rechts in die Mittellinie, häufiger ganz auf die rechte Seite verschoben.

Bei der P e r c u s s i o n hört man dort, wo die gasförmige Flüssigkeit angesammelt ist (also bei liegenden Kranken vorne), einen

hellen, tympanitischen, vom metallischen Klange begleiteten Schall. (Ist die Brustwand zu sehr gespannt, so geht das Tympanitische des Schalles verloren; den metallischen Klang hört man deutlicher, wenn man beim Percutiren zugleich auscultirt). An der Stelle, wo die comprimirte Lunge liegt (hinten und oben), ist der Schall mehr weniger dumpf; dort, wo das tropfbar flüssige Exsudat ist, ist er dumpf und leerer (doch reicht der helle tympanitische Schall über die Grenze der Lufthöhle, unter das Niveau der andern Flüssigkeit hinaus), und weil dieses Exsudat den Gesetzen der Schwere folgend, die untersten Stellen einnimmt, wechselt somit auch der dumpfe Schall nach der Lageveränderung des Kranken

Beim Auscultiren hört man an der vorderen Seite des Thorax kein hier erzeugtes Athmungsgeräusch; meistens hört man hier beim Sprechen des Kranken, beim Husten Räuspern, manchmal beim tiefen Athmen den amphorischen Wiederhall oder das metallische Klingen. (Diese Geräusche können auch fehlen, wenn derjenige Bronchus in der comprimirten Lunge, wo die Stimme, das Athmen etc. consoniren, durch eine dicke Lage Lungensubstanz von der Pleurahöhle getrennt ist). An der Stelle der comprimirten Lunge sind gewöhnlich Bronchophonie, bronchiales Athmen etc. seltener unbestimmte Geräusche zu hören.

Wenn sich der Kranke aufsetzt, hört man manchmal Tropfen fallen mit metallischem Klang.

Bei Bewegungen des Kranken, vorzüglich wenn man ihn schüttelt, hört man das Plätschern der Flüssigkeit.

Mehr abgesackter Pneumothorax ist selten, und entsteht in abgeschlossenen Exsudaten, oder wenn der Durchbruch in einen durch Adhäsionen abgeschlossenen Raum stattfindet. Hier ist der tympanitische und helle (auch mehr weniger volle) Percussionsschall, der amphorische Wiederhall und das metallische Klingen auf einen genau begränzten Raum des Thorax beschränkt etc.

In diesen Fällen ist die Verwechslung mit grösseren Excavationen leicht; doch kommen diese nur an der Spitze vor; der Pneumothorax entsteht plötzlich und hat doch gewöhnlich eine grössere Ausbreitung. Geht er aus einem abgesackten Exsudate hervor, so geht dieses voraus etc.

Der weitere Verlauf des Pneumothorax ist verschieden; in jedem Falle steigert er die Qual und die Beschwerden des Kranken um ein Bedeutendes; meistens folgt ihm auch bald das Ende des Lebens, aber nicht herbeigeführt allein durch dessen Bestand, denn

er bildet sich auch am Ende alter hochgradiger Lungen-Tuberculose mit frischen Nachschüben aus.

In anderen Fällen wird der Zustand des Kranken nach einiger Zeit erträglicher, und nach kürzerer oder längerer Zeit stellt sich selbst wieder ein ziemlich hoher Grad von relativem Wohlsein ein; Pneumothorax mit und ohne nachweisbaren Tuberkeln kann längere Zeit herumgetragen werden, der Kranke kehrt damit in seine früheren Verhältnisse zurück.

Zwei hieher einschlägige Fälle habe ich beobachtet. In einem dritten Falle, wo sich das Gas aus dem Exsudate entwickelt hatte, wurde es nach einiger Zeit wieder vollständig resorbirt.

Die Therapie ist symptomatisch.

Nebst entsprechendem Regime und zweckmässiger Lagerung des Kranken: Morphium, Opium, Aether, Chloroform (als Einathmung oder Riechmittel); manchmal kalte Umschläge auf die Brust (bei grosser Spannung oder stechenden Schmerzen). Die Punction der Brust bei sehr grosser Dyspnoe, und wo die Constitution des Kranken noch einige Fristung des Lebens anhoffen lässt.

XIII. Keuchhusten, Stickhusten, Tussis convulsiva, ferina, Pertussis.

Ist eine fast nur Kinder befallende, meistens epidemisch vorkommende Krankheit, welche sich durch eine Reihe krampfhafter Hustenanfälle ausspricht.

Catarrh der Bronchien ist häufig schon früher da, oder entwickelt sich im Verlaufe; ebenso sind materielle Krankheiten der Bronchien und der Lunge bald Complication, bald Folge des Keuchhustens; eine constant nachweisbare materielle Basis hat derselbe jedoch nicht, und es gehören die in den Leichen nachgewiesenen Zustände eben der Complication oder den Folgen an.

Krankheitsbild.

Die von vielen Aerzten unterschiedenen 3 Stadien: das catarrhalische, convulsivische, und kritische lassen sich nicht durchführen.

In vielen Fällen geht durch einige Tage ein gewöhnlicher Catarrh oder ein mehr krampfhafter trockener Husten (Schlafshusten) voraus; oder es kommen auch die Anfälle des Keuchhustens ohne Vorboten.

Jeder einzelne Anfall besteht aus einer langen, keuchend-schal-

lenden, gewaltsamen Inspiration, worauf einige oder mehrere (4 — 6 und darüber) kurz und gellend abgestossene Exspirationen so schnell folgen, dass inzwischen keine Inspiration möglich ist, endlich erfolgt diese wieder als ein langgedehntes, keuchend schallendes Stöhnen oder Pfeifen. (Das Geräusch beim Einathmen ist dem Eselsgeschrei sehr ähnlich, ist charakteristisch, und einmal gehört nicht zu vergessen. Jeder Anfall besteht aus einigen solchen Ein- und Ausathmungen, dauert 3 — 4 Minuten auch über $^1/_4$ Stunde, und es kann sich ein förmliches Steckenbleiben (Asthma infantile) hinzugesellen.

Bei stärkeren Anfällen werden besonders plethorische Kinder im Gesichte roth, selbst cyanotisch, sie schwitzen vor Angst und Beklemmung. Der Puls wird frequent, am Ende des Anfalles wird nicht selten Brechreiz, Erbrechen oder Blutung aus der Nase, dem Munde oder den Ohren beobachtet; ebenso unwillkührliche Koth- und Harnentleerungen.

Während des Anfalles klammern sich die Kleinen an irgend welchen Gegenstand, um einen Stützpunkt zu gewinnen.

Die Zahl der Anfälle ist nicht gleich, sie kommen des Nachts häufiger als bei Tage, manchmal ohne Veranlassung, manchmal werden sie durch Weinen, Schreien, Lachen, Essen, Trinken, Temperaturwechsel u. dgl. herbeigeführt.

Von grösseren Kindern werden als Vorläufer des Anfalles Kitzeln im Kehlkopfe, der Trachea, Druck auf der Brust, Eckel etc. manchmal angegeben; sie setzen sich auch gleichvor dem Anfalle in einen Winkel, kauern sich zusammen, legen sich auf den Boden, etc. etc.

In der Zwischenzeit sind sie anfangs heiter und bieten nichts Krankhaftes dar; kein Husten, kein Fieber, kein Catarrh auscultatorisch nachzuweisen; später bei längerer Dauer und heftigen Anfällen werden die Kinder schwach, verlieren den Appetit, sehen blass aus, liegen in leichtem Sopor dahin etc. etc.

Die Krankheit hört eben so plötzlich auf, als sie anfangen kann, oder es lassen die Anfälle an Zahl und Heftigkeit allmälig nach, und es bleibt noch durch einige Zeit Catarrh.

A e t i o l o g i e.

Keuchhusten ist eine Krankheit der Kinder, herrscht gewöhnlich epidemisch, wird für contagiös gehalten (der Träger des Contagiums ist die Ausdünstung der Lunge), und soll dasselbe Individuum nur einmal befallen.

Eine besondere Disposition ist nicht bekannt.

Die Epidemien kommen zu den verschiedensten Jahreszeiten,

in jedem Klima vor; folgen oder wechseln manchmal mit Masern. Auch hier unterscheidet man gutartige und bösartige Epidemien.

Seine Gelegenheitsursachen sind weiters zur Zeit herrschender Epidemie Verkühlungen.

Verlauf, Dauer, Ausgänge.

Der Verlauf ist manchmal nicht so stürmisch, seltene und minder starke Anfälle oder umgekehrt; manchmal in die Länge gezogen und ohne Complication; ein anderes Mal bildet sich rascher eine tödtliche Complication aus; oder es folgt dem Keuchhusten der weitere Verlauf des complicirenden Leidens.

Die Dauer des reinen Keuchhusten variirt zwischen 3 — 6 Wochen.

Der Ausgang ist in der Mehrzahl günstig; ein Catarrh verschiedenen Grades folgt bei längerer Dauer constant.

Tödtlich kann der Keuchhusten werden durch Hirnhämorrhagie oder Erstickung oder Zerreissung der schon emphysematös gewordenen Lunge im Anfalle; durch rasches Ausbilden von Lungenödem oder durch einen der complicirenden oder Folgezustände. Hieher gehören Bronchitis, Pneum onie, Meningitis, Tuberculose (besonders der Bronchial-Drüsen), Tabes und Hydrops.

Chronische Catarrhe, Emphysem der Lungen und Hernien sind als weitere Folgen angegeben. (In allen den Fällen, wo sich eine entzündliche Complication ausbildet, gestaltet sich das Krankheitsbild dem entsprechend, die früheren Zwischenzeiten gehen verloren; die Anfälle des Hustens kommen manchmal seltener, manchmal eben so häufig etc. etc.).

Exantheme sollen den Verlauf des Keuchhustens mildern, ebenso Vaccine-Prozess und Intermittens.

Was die Prognose anbelangt, so ist Keuchhusten eine der weniger gefährlichen Kinder-Krankheiten; doch ist in manchen Epidemien die Mortalität gross und in anderen Fällen, bei den angegebenen Complicationen und Nachkrankheiten der Ausgang häufig ein ungünstiger.

Am seltensten sind die Anfälle durch sich selbst (Apoplexie, Erstickung, etc.) lethal.

Die Therapie.

Strenges Regime, wie es bei catarrhalischen Affectionen angegeben wurde, ist auch hier erforderlich.

Die Anfälle sucht man dadurch zu bannen oder zu schwächen, dass man eine schwache Lösung von Tartarus emeticus (1 Gran auf

1 Unze Wasser), oder ein schwaches Infusum Ipecacuanhae in kleinen Gaben so lange nehmen lässt, bis Brechreiz und Erbrechen erfolgt.

Oder noch besser, man versucht durch entsprechende Gaben Morphium die Beschwichtigung zu erzielen.

Warme Mandelmilch, gebrannter Zucker, Extractum liquiritiae, Brustthee leisten manchmal wesentliche Dienste.

Stellt sich keine entzündliche Complication ein, dauert es über die 2. Woche, fängt das Kind an schlecht auszusehen etc., so gebe man Leberthran und mache Fetteinreibungen der Brust.

Hungern dürfen diese Kinder ebenso wenig, als ganz der frischen Luft entzogen werden; Anämischen ist Eisen zu geben.

Weitere Mittel, die nützen können, sind von den vielen hier empfohlenen: Belladona, Hyosciamus, Aqua laurocerasi, Asa foetida, Einathmungen von Aether und Chloroform (vor den Anfällen), öftere Einathmungen von Wasserdämpfen.

Hannon schlägt seine ausschliessliche Fleischkost (gebratenes Fleisch und geröstetes Brod) mit Wein vor.

Neuester Zeit wird Acidum nitricum dilutum in einem aromatischen Wasser wieder als Specificum gelobt.

Entzündliche Complicationen müssen nebstbei berücksichtiget werden; und es soll auch die Wahl der Hülfe schaffenden Mittel durch den Charakter der Epidemie bestimmt werden.

XIV. Asthma, auch Asthma bronchiale, Spasmus bronchialis, Brustklemme, Brustkrampf.

Hierunter versteht man periodische Anfälle von Brustkrämpfen mit dem Gefühle des Zusammenschnürens in der Brust, mit Erstickungsangst und mit gewaltsamer Anstrengung der Respirationsmuskel.

Krampfhafte Contraction der Bronchien liegt diesen Anfällen zum Grunde, und es haben die Unterschiede von Asthma convulsivum, paralyticum, siccum, humidum etc. keinen praktischen Werth.

Als rein nervöser Zustand wird dasselbe von vielen Auctoren geläugnet; am häufigsten kommt es bei Lungen-Emphysem, Bronchial-Erweiterung und organischen Herzleiden, seltener bei chronischer Tuberculose und bei chronischen Catarrhen etc. vor.

Der asthmatische Anfall kommt meist plötzlich oder nach vorausgehenden Druck auf der Brust, Präcordialangst u. dgl. und am häufigsten in der Nacht.

Derselbe besteht in dem Gefühl eines starken Zusammenschnürens in der Brust und grosser Erstickungsangst, wobei der Kranke alle möglichen Anstrengungen macht, sich derselben zu entledigen. Er sitzt mit vorgebeugten Oberleib, die Ellenbogen auf die Kniee, den Kopf in die Hände gestüzt oder beugt den Kopf zurück, streckt den Hals, oder eilt an's Fenster in die freie Luft etc. Die Bewegungen des Thorax sind dabei sehr gewaltsam, frequent, ohne dass derselbe entsprechend erweitert würde. Der Gesichtsausdruck ist ängstlich, das Gesicht hyperämisch oder cyanotisch; der Herz- und Pulsschlag frequent und verstärkt, manchmal aussetzend.

Durch die Auscultation habe ich immer ein starkes Ein- und Ausathmen, trockene und feuchte Rasselgeräusche, ohne bestimmter Beschränkung, bald stärker, bald schwächer gehört.

Ich habe asthmatische Anfälle nur bei Emphysem, Herzkranken und chronischer Tuberculose zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Die Dauer dieser Anfälle, so wie ihr Grad ist verschieden; erstere nur einige Minuten oder einige Stunden, und es dürfen diese Anfälle nicht mit der tagelang andauernden Dyspnoe bei chronischen und acuten Lungen- und Herzkrankheiten verwechselt werden.

Nach dem Anfalle tritt meistens rasch eine bedeutende Erleichterung, Ruhe und Schlaf ein.

Die darauf folgende leichte Expectoration von schleimigen Massen wird von Manchen für kritisch gehalten.

Die Zahl der Anfälle ist verschieden, sie kommen in langen, Monate langen Pausen, bleiben auch ganz aus; aber gewöhnlich kommen heftigere Anfälle bei den genannten Zuständen in immer kürzeren Zwischenräumen, und sind ein übles Zeichen; Emphysematiker sowohl, als Herzkranke unterliegen nicht selten solchen Anfällen.

Ursachen der Anfälle sind: Gemüthsaffekte, Excesse im Essen und Trinken, Verkühlungen, Witterungswechsel, eingesperrte, verdorbene Zimmerluft, starke Gerüche etc. etc.

Therapie.

So lange Emphysematiker noch die frische Luft suchen können, ist dieses das beste Mittel im Anfalle und ein strenges Regime mit fleissigen Lüften des Schlafzimmers und einem kargen Abendmal das sicherste Mittel gegen die Anfälle.

Bei höheren Graden oder anderen Complicationen sucht man die Anfälle dadurch abzukürzen, dass man den Kranken von beengenden Kleidungsstücken, schlechter verdorbener Zimmerluft (durch Fenster öffnen) befreit, denselben in einer aufrechten Lage durch

feste Unterlagen gehörig stützt; Aether oder Chloroform einathmen lässt, und Morphium in grösserer Dosis gibt.

Bei längerer Dauer und drohenden Lungenoedem ist Ipecacuanha in grösserer Dosis zu geben; auch ein Vesicans zu versuchen.

Romberg lobt die Ipecacuanha in kleinen und vollen Dosen, Eispillen, Gefrornes, auch Clysmata von kalten Wasser.

Von Anderen werden die Blausäuremittel, Belladonna, Moschus, Kaffee, Benzoë-Blumen etc. gelobt.

Die Behandlung nach dem Anfalle ist nach dem vorliegenden Zustande verschieden und bereits angegeben.

D. Krankheiten des Zwerchfells.

I. Entzündung des Zwerchfells. Diaphragmitis. Paraphrenitis.

Ist die Entzündung des serösen Ueberzuges des Zwerchfells auf der Brust- oder Bauchfläche; kommt in Verbindung mit Pleuritis und Peritoneitis vor, und es lassen sich die Symptome dieser Formen nicht streng sondern.

Aeltere Aerzte führen als charakteristische Symptome folgende an: anhaltendes Fieber; heftigen, brennenden, zusammenziehenden Schmerz nach der Ausbreitung des Zwerchfells (der Schmerz umschliesst den Körper gleich einem Reife und scheint beim Einathmen hinab, beim Ausathmen hinauf zu steigen; und wird durch tieferes Athmen: Husten, Sprechen, jede Bewegung des Kranken sehr gesteigert); sehr ängstliches schnelles, bloss mit dem Brustkorbe verrichtetes Athmen (respiratio thoracica), Einwärtsziehen der Rippenweichen.

In den meisten Fällen treten noch hinzu: häufiges, sehr schmerzhaftes Schluchzen, Erbrechen, Sardonisches Lachen, Delirien, grosse Beschwerden beim Schlingen, selbst Wasserscheue.

Nach unseren Erfahrungen verlaufen solche Formen am häufigsten mit den gewöhnlichen Symptomen der Pleuritis oder Peritoneitis, am häufigsten neben diesen Entzündungen; und nur in einzelnen Fällen sehr acuter selbstständiger Entzündungen dieser serösen Häute, vorzüglich bei Pleuritis wird man auf ein vorzugsweises Ergriffensein des serösen Zwerchfellüberzuges aus dem Vorhandensein der oben angegebenen Symptome schliessen können.

Ich habe diese Diaphragmitis (besser Pleuritis diaphragmatica) ein paar Mal zu beobachten Gelegenheit gehabt. Die Intensität der Symptome war gleich vom Beginne eine grosse, die physikalische Untersuchung gab negative Resultate; der Verlauf war sehr acut und tödtlich.

Ueber Ursache, Prognose und Behandlung etc. verweisen wir auf Pleuritis etc.

II. Schluchzen, Singultus (Krampf des Zwerchfells).

Ist am häufigsten eine Reflexerscheinung bei Krankheiten der Pleura und des Pericardiums; häufiger aber bei Leiden des Schlundes, des Magens, des Darmkanals und der Leber.

Auch bei Uterinleiden, bei Neurosen (vorzüglich Hysterie), Hirnleiden (Anämie und Schwäche des Gehirns, nach Blut- und Säfteverlust nach langen Krankheiten), und nach psychischen Einflüssen: Schreck, Zorn etc. entsteht Schluchzen. Bei Kindern wird es durch Verkühlung, auch durch Säure im Magen erzeugt.

Das vorübergehende Schluchzen wird gewöhnlich nicht beachtet. Durch längere Dauer und höheren Grad kann es sehr lästig werden.

Im Verlaufe anderer acuter oder chronischer Leiden der genannten Organe (Magen, Darm, Pleura etc.) so auch bei Typhus, Anämie ist Singultus immer ein schlechtes Zeichen, sobald er andauernd ist und zu noch anderen üblen Symptomen hinzu tritt.

Nach dem deutlich ausgesprochenen oder muthmasslichen Grundleiden ist in manchen Fällen bei langer Dauer desselben die rationelle Behandlung verschieden.

Symptomatisch versucht man das Schluchzen zum Schweigen zu bringen durch längeres Einhalten des Athems, durch Fesseln der Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand, durch Erregung eines plötzlichen Schreck's, durch Niessmittel, durch Trinken von kalten Wasser, Genuss von Zucker, Eis, Magnesia etc.

Kinder müssen warm gehalten werden, oder man gibt ihnen Magnesia etc.

Bei höheren Graden und längerer Dauer: Hautreize, Senfteige, Blasenpflaster auf die Magengegend, kalte Douche auf das Rückgrat, Morphium, Aether und Chloroform als Einathmung etc. etc.

Krankheiten der Circulations-Organe.

I. Entzündung des Herzbeutels, Pericarditis.

Die anatomischen Charaktere sind die bei Pleuritis angegebenen.

Die hier vorkommenden Exsudate sind von derselben Beschaffenheit, wie die der anderen serösen Häute; demnach finden sich vorwaltend, faserstoffige, albuminöse und seröse mit den ihnen zukommenden Metamorphosen vor.

Die faserstoffigen Exsudate sind in ihren nicht dem Pericardium anliegenden Schichten rauh, uneben, sehen filzig, zottig aus (Cor villosum, hirsutum, hispidum) und liegen in dicken, vielfachen Schichten auf, welche die Consistenz von Schwarten erreichen.

Eiterige und jauchige Exsudate finden sich ebenfalls im Herzbeutel, so wie auch hämorrhagische Ergüsse, und zwar theils solche, wo der Blutfarbstoff im Serum gelöst demselben die schmutzigrothe Farbe verleiht, theils wahre Blutungen in schon ältere (primäre) Exsudatschichten.

Die Umwandlung der Exsudation zu Tuberkelmasse ist häufig, und es finden sich die Tuberkel hier so wie bei der Pleura in andere membranöse Schichten gelagert und zahlreich vor; gleichzeitig können sehr innige Verwachsungen des Herzbeutels zugegen sein.

(Die Tuberculose des Pericardiums kommt übrigens gewöhnlich mit Tuberculose der Lungen oder Tuberkeln der Pleura, des Bauchfells etc. vor.)

Bei allgemeiner Krebs-Dyscrasie kommt manchmal nebst medullaren Krebs (in Knotenform) auch flüssiges Exsudat vor.

Derselbe pseudovegetative Vorgang, wie er bei Entzündungen anderer seröser Gebilde beobachtet wird, veranlasst hier die Bildung

kleinerer bleibender Zotten und der Sehnenflecke, welche gewöhnlich am visceralen Blatte in scharfer Begränzung gefunden werden.

Man findet in Folge der Entzündung partielle oder totale Verwachsung des Herzbeutels mit dem Herzen, erstere vermittelt durch Fäden oder breitere strangartige Gebilde. Oder es sind die Blätter zwar getrennt, aber mit verschieden dicken Bindegewebsschichten bedeckt.

Sowohl in den Bindegewebs- als auch in den tuberculisirenden Lagen finden sich Concremente, und zwar theils verkreidete Reste der flüssigen Exsudate, theils feste knochenartige Massen, letztere vorzüglich in der Querfurche des Herzens.

Die Menge des Exsudats ist verschieden; wie schon gesagt erreichen die Lagen der faserstoffigen und tuberculisirenden Ergüsse eine grosse Mächtigkeit; oft fallen erstere gering aus, so, dass sie nur einen zarten Anflug bilden.

Auf gleiche Weise variirt die Menge der albuminösen, eiterigen etc. Flüssigkeit; seröse Ergüsse sind gewöhnlich am copiösesten, von 2—6 Pfunden.

Gewöhnlich findet sich gleichzeitig das Endocardium, besonders in der Nähe der Atrio-Ventricular-Klappen dunkel gefärbt, manchmal findet sich gleichzeitig Endocarditis.

Das fibröse Blatt des Herzbeutels, so wie der dasselbe an das Brustbein heftende Zellstoff werden erst spät betheiligt; bei heftigen Entzündungen und nach längerer Dauer findet sich seröse oder auch eiterige Infiltration daselbst.

Die Muskelsubstanz des Herzens erscheint durch die Tränkung mit Exsudat erweicht, blass, leicht zerreisslich, ebenso erscheint dasselbe unter allen dickeren Bindegewebslagen weich, schmutzig fahl und mürbe, dem gekochten Fleische nicht unähnlich.

Das Lungengewebe kann durch das Exsudat im Herzbeutel comprimirt werden. Dieselbe Compression erfahren die grossen Gefässe, sie werden auch zugleich in ihren Wandungen durch Tränkung mit Exsudatserum paralysirt.

Blutüberfüllung der Leber, des Gehirns, der Lungen, seröse Ergüsse in den unteren linken Lappen, so wie in die verschiedenen Höhlen des Körpers und Oedem der Füsse finden sich häufig bei an acuter Pericarditis Verstorbenen.

Aetiologie.

Die Pericarditis kommt in jedem Lebensalter vor. Nach Bednař erscheint dieselbe häufiger im 1. Lebensmonate als in der übri-

gen Zeit des Säuglingsalters. Sonst wird sie bei grösseren Kindern, im Jünglings- und ersten Mannesalter häufiger gefunden. Sie ist häufiger beim männlichen Geschlechte.

Im Allgemeinen jedoch ist Pericarditis häufiger ein secundärer als primärer Prozess.

Als primärer kommt sie selten allein, meist nur mit Gelenkrheumatismus, Endocarditis, Pleuritis, Pneumonie vor.

Die secundäre kommt vorzüglich bei Pyämie, dem Puerperalprozesse, bei Phlebitis; ferner nach Typhus, im Eiterungsstadio der Blattern, beim eiterigen Zerfliessen der Pneumonie, nach Scharlach, bei Morbus Brightii, bei Intermittens, Tuberculose, bei Krebskranken, bei solchen Abscessen und Eiterungen (der Pleura, Leber, Abscessen am Halse) vor, die von Aussen den Herzbeutel durchbohren etc.

Hieraus ergeben sich auch die Gelegenheitsursachen, welche bei primären Formen gewöhnlich Verkühlungen sind.

Auch mechanische Schädlichkeiten: durchbohrende Wunden, Schlag, Stoss sind manchmal die directen Veranlassungen.

Für chronische und umschriebene Formen (als deren Produkte zum Theil die Sehnenflecke und partiellen Verwachsungen anzusehen sind) ist die Aetiologie eben so unklar, als sie verschieden sein mag, und es werden hiefür andauernde und niederdrückende Gemüthsaffecte, Genuss geistiger Getränke, heftige Anstrengungen des Herzens etc. angeführt.

Auch dürfte es keinem Zweifel unterliegen, dass der chronische Gichtprozess in derselben Beziehung zu den Herzüberzügen steht, wie der Gelenkrheumatismus.

Krankheitsbild.

Aus der ätiologischen und anatomischen Darstellung geht hervor, dass die Erscheinungen der Pericarditis sehr wechselnd sein müssen.

Wenn alle Sehnenflecke und Trübungen des Herzbeutels, die in den Leichen gefunden werden, einer (partiellen, umschriebenen) Entzündung ihr Dasein verdanken, so verläuft der grössere Theil der Pericarditis erwachsener und älterer Leute ohne Symptome.

In den Fällen des heftigeren acuten Leidens (ob primär, ob secundär) sind häufig die Symptome des complicirenden oder schon vorausgegangenen Zustandes diejenigen, die störend hier in das Krankheitsbild eingreifen; geringere Grade verlaufen ohne erheblichen Fiebersturm und mit geringen localen Symptomen; secundäre Pericarditis kommt endlich bei dyskrasischen Leiden (acuten und chronischen)

nicht selten zu einer Zeit zum Ausbruche, wo der Zustand des im tiefen Sopor oder mit grosser Dyspnoe dahinliegenden Kranken keine richtige Deutung der functionellen und subjectiven Symptome gestattet.

In allen diesen Fällen ist die Diagnose nur durch physicalische Untersuchung möglich, und auch hier ist die Gegenwart des Exsudats z. B. wegen zu geringer Menge oder nicht plastischer Beschaffenheit desselben oder wegen vorliegender Lungenränder etc. nicht immer zu ermitteln.

Bei ganz selbstständigen, oder mit dem Gelenksrheumatismus complicirten Fällen und in jugendlichen kräftigen Individuen beginnt der Prozess mit stärkerem Fieber (starkem Froste, grosser Hitze, grosser Pulsfrequenz), wenn solches nicht mit dem Rheumatismus schon früher bestand, und mit stechenden reissenden Schmerzen in der Gegend des Herzens, welche durch Druck auf diese Gegend, durch Liegen auf der linken Seite, durch tieferes Athmen und stärkere Bewegungen des Kranken gesteigert werden, sich nicht selten über die ganze linke Brustseite verbreiten, und mit grosser Angst und Beklemmung verbunden sind.

Gleichzeitig ist der Herzstoss ein viel stärkerer, oft gewaltsamer und wird in grösserer Ausdehnung gesehen und gefühlt.

Nach kürzerer oder längerer Dauer dieser Symptome (einige Stunden bis 2 Tage) wenn nicht mittlerweilen die Symptome nachlassen, ist's hier, wo man gewöhnlich durch das eintretende Reibungsgeräusch im Pericardio von der hier geschehenen plastischen Exsudation in Kenntniss gesetzt wird.

Kommt es hierauf zu keinem weiteren Ergusse, so hört das Geräusch (welches nicht bloss auf eine Stelle beschränkt zu bleiben braucht) nach einer ganz unbestimmten, doch immer kurzen Zeit auf, und es kann sich der ganze Prozess unter den gewöhnlichen Krisen lösen, oder es geht mit Nachlass des Fiebers etc. die Verwachsung schleichend und allmälig vor sich (chronische Pericarditis).

Kommt es aber, wie es häufiger geschieht, nach dem ersten plastischen Ergusse zu weiteren Schüben desselben oder zu serösen Exsudationen, so müssen sich die Zeichen der Palpation, Percussion und Auscultation im Verhältnisse der Menge und der Beschaffenheit des Ergusses, der normalen oder abnormen Beschaffenheit und Lage des Herzens etc. entsprechend modificiren.

Bei geringeren Mengen des Exsudats wird der Herzstoss meist in grösserer Ausdehnung, oft in undulirender Bewegung, gewöhnlich

weniger deutlich gesehen und gefühlt. Bei grösseren Mengen ist er nicht zu sehen, nicht zu fühlen. Der Percussionsschall wird bei grösserer Menge (die sich nicht im Allgemeinen bestimmen lässt) in grösserer Ausdehnung, dumpf, leer; die Resistenz beim Percutiren vermehrt. Die ersten Mengen des Exsudats sammeln sich (wenn nicht durch Verwachsung des Herzbeutels an dieser Stelle es gehindert wird) zuerst an der Basis des Herzens, daher der Percussionsschall im Längendurchmesser des Herzens zuerst leer wird. In der Folge kann der leere, dumpfe Schall bis zur 3. — 2. Rippe hinauf, und hinab bis zum Rippenbogen reichen; zugleich ist diese Stelle unten breiter, oben schmäler (abgestumpfte Kegelform). In seltenen Fällen erscheint die linke Präcordialgegend auch mehr hervorgetrieben.

Die Herz- und Arterientöne sind anfangs (vor der Exsudation) gewöhnlich heller, bleiben es häufig auch bei geringeren Mengen des Exsudats (ich habe sie auch bei grösserer Menge eines plastischen, zu dicken Schichten geronnenen Exsudats durch die ganze Dauer hell und scharf abklappend gehört); bei grösseren Mengen werden sie schwächer, auch gar nicht gehört; am schwächsten wird gewöhnlich der erste Arterienton. Das Reibegeräusch wird auch bei grösseren Mengen des Exsudats vorzüglich bei dessen Reichthum an gerinnfähigem Exsudate noch fortgehört, nicht an allen Stellen gleich, oder den Ort wechselnd; in der Regel aber verschwindet dasselbe bei dem späteren Wachsen des Exsudats, und kann zum Schlusse nach resorbirtem flüssigem Antheile des Ergusses wieder erscheinen. Bei überwiegend serösen, albuminösen etc. Exsudaten wird dasselbe nicht gehört.

Das Fieber kann während dem im verschiedenen Grade fortbestehen, Exacerbationen machen, welchen manchmal ganz deutlich Schübe der Exsudation entsprechen; der Puls nimmt bei gesetztem Exsudate an Frequenz zu, wird kleiner, häufig intermittirend, ganz unregelmässig. Die stechenden Schmerzen des linken Thorax lassen auffallend nach, hören selbst auf, dauern aber auch im höheren Grade fort, und werden durch Husten, der sich im Verlaufe einstellt, und trocken oder feucht sein kann, gesteigert.

Die Dyspnoe ist gewöhnlich mit der erfolgten Exsudation gesteigert, erreicht verschiedene Grade so, dass der Kranke nur sitzend oder mit vorgebeugtem Oberleibe aushalten kann.

Rasche Ausbildung von Oedem an den Extremitäten etc. ist keine seltene Erscheinung.

Oder der Kranke liegt bei denselben Fieber und sehr beschleu-

nigter Respiration im tieferen Sopor, der zeitweise durch Schmerzäusserungen, durch Delirien unterbrochen wird.

Der Harn hat nichts Besonderes, ist anfangs bei den reinen Formen, so wie bei allen rheumatischen Affectionen überhaupt, ein stark saurer concentrirter Harn, mit viel Uroërythrin, vermehrten schwefel- und phosphorsauren Verbindungen.

Beim rascheren ungünstigen Ausgange tritt im ganzen Verlaufe kein Nachlass ein, und nach bald früheren, bald späteren Hinzutritte von icterischen und cyanotischen Erscheinungen kommt es zu serösen Ergüssen in andere Höhlen oder in die Lungensubstanz oder in das Gehirn, oder es tritt auch ohne diesen der Tod ein.

Alle hier angeführten Symptomgruppen sind bei anderen Vorkommen der Pericarditis mannigfachem Wechsel und Verschiedenheiten ausgesetzt, und wie schon gesagt, sind auch die physikalischen Zeichen, weder jedes für sich, noch in ihrer Combination constant, und im Verhältnisse zur Menge der Exsudation deutlich ausgesprochen.

Ueber die Menge des Exsudats und über dessen nähere Beschaffenheit ist daher um so weniger eine genauere Diagnose zu stellen, und es werden in dieser Beziehung alle jene Momente benützt, welche wir bei Beurtheilung pleuritischer Ergüsse zur genaueren Bestimmung ihrer Qualität angeführt haben.

Nur ist hier der Unterschied, dass bei hochgradig acuten plastischen Prozessen, so wie bei den eiterigen, jauchigen, tuberculösen und krebsigen Exsudaten (letztere bei weit gediehener Dyscrasie), gleich am Anfange dieses Leidens: grosse Schwäche der Herz- und Gefässthätigkeit, Depression der Hirnthätigkeiten, Oedeme der Extremitäten, Verfall der Gesichtszüge, cyanotische oder icterische Färbung etc. sich einstellen; und dass auch hier wie bei Pleuritis plastische und vorwaltend seröse Exsudate unter ganz geringen, vom Krankeu nicht beobachteten Symptomen auftreten, und schon eine bedeutende Höhe erlangen können, ehe sie Gegenstand der ärztlichen Beobachtung und Behandlung werden.

Die sogenannte chronische Pericarditis ist gewöhnlich eine Fortsetzung der acuten, oder es tritt der ganze Prozess gleich im sehr geringen Grade auf. Die Vorgänge der ausgebreiteteren Verwachsungen, die Bildung von dicken Schichten Bindegewebslagen, das spätere Auftreten von Tuberkel in den früheren Entzündungsgebilden etc. etc., diese Zustände gehören hieher.

Bei entsprechender Menge des Exsudats etc. werden die physicalischen Zeichen, so wie bei der acuten Form dessen Gegenwart beweisen; die Umwandlung des weiteren Nachschubes der Exsudation zu Tuberkel begleiten die Zeichen der Abmagerung, des symptomatischen Fiebers mit starken Schweissen etc.

Geringe Mengen des Exsudats oder mehr umschriebene Verwachsungen fallen in ihren sonstigen Erscheinungen mit den Symptomen chronischer Herzfehler zusammen, ohne dass sie physikalisch weiter was nachweisen liessen, als die consecutive Erweiterung der Herzhöhle etc.

Bei Complication mit Intermittens gilt das schon öfter hierüber Gesagte.

Verlauf und Ausgänge.

Viele Fälle der acuten Pericarditis verlaufen sehr rasch — auch in 24 — 48 Stunden tödtlich; gewöhnlich sind es die mit eiterigen und jauchigen Exsudaten bei Pyämie, dem Puerperal-Prozesse, nach Typhus etc. vorkommenden. Auch genuine plastische Fälle höheren Grades verlaufen häufig acut, innerhalb 8 — 14 Tagen tödtlich, oder gehen dann den chronischen Verlauf ein; die leichteren hingegen werden entweder die erste Zeit gleich coupirt, oder sie verfallen auch dem problematischen chronischen Verlaufe.

Die Fälle des acuten genuinen Vorkommens ausgenommen, wo die Exsudation bald abgeschnitten und die Resorption des Exsudates rasch gelingt, dürfte vollständige Heilung nicht zu erwarten sein.

Der Prozess kann in der ersten Zeit aufgehalten, die Exsudation ganz hintangehalten (freilich auf Kosten einer genauen sicheren Diagnose), oder sehr beschränkt werden. Die Lösung erfolgt dann unter den gewöhnlichen Krisen, die Symptome verschwinden rasch, und ausser Herzklopfen und periodisch leicht eintretenden (aber nicht typischen) Gefässaufregungen (die auch bald schwinden) bleibt nichts Krankhaftes zurück.

Tritt keine rückgängige Procedur (in dem angegebenen Sinne) ein, so kann der Prozess auf seiner Höhe lethal werden durch Herzlähmung oder durch seröse Ergüsse anderswohin, wenn nicht Pyämie oder eine andere dyskrasische Beschaffenheit des Blutes und anderweitige Organerkrankungen noch mehr als die Pericarditis die Ursache des Todes begründen.

Bei eiterigen, jauchigen Ergüssen können auch derlei Ablagerungen noch in die Lungen oder andere Organe erfolgen.

In den übrigen Fällen gestaltet sich der weitere Verlauf und

die Folgezustände wie bei chronischen Herzkrankheiten überhaupt, wesswegen hier auch nichts Näheres angegeben werden kann.

Die Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel wird nach Skoda diagnosticirt: die Herzspitze gibt bei Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel keinen systolischen Stoss, sie lässt sich entweder gar nicht fühlen, oder sie scheint während der Diastole einen Stoss zu geben. An dem der Herzspitze entsprechenden Intercostalraume und häufig an einem oder zwei höher gelegenen Intercostalräumen werden mit jeder Systole Vertiefungen sichtbar, wenn ausser der Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel auch Verwachsung der Pericardial- mit der Costal-Pleura besteht. Ohne die letztere Verwachsung findet eine Einziehung der linkseitigen Intercostalräume nicht statt, und man muss in solchen Fällen die systolische Retraction der Herzspitze durch den Tastsinn zu erkennen trachten.

Ist bei der in Rede stehenden Verwachsung das Herz an der Wirbelsäule fixirt, so bewirkt die Kammersystole ausser der Einziehung der linkseitigen Intercostalräume auch die Einziehung der unteren Hälfte des Brustbeines. Eine systolische Einziehung in der Herzgrube oder links von derselben kommt bei der Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel seltener vor als die Einziehung der linkseitigen Intercostalräume. Sie zeigt für sich die Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel nicht an, und man muss, um diese Verwachsung annehmen zu können, auch in diesem Falle die Ueberzeugung gewinnen, dass die Herzspitze sich während der Kammersystole nicht nach abwärts und links bewege, sondern nach aufwärts gegen das Brustbein gezogen werde. Auch aus der Unverrückbarkeit der Grenzen des dumpfen Percussionsschalles in der Herzgegend beim In- und Exspiriren lässt sich die Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel diagnostiziren, wenn das Herz nicht eine vertikale Lage hat, und wenn es möglich ist, nach den vorhandenen Symptomen alle übrigen abnormen Zustände, die auch das Gleichbleiben der Dämpfung beim In- und Exspiriren bewirken, auszuschliessen. Solche Zustände sind; grössere Pericardial-Exsudate, Verwachsung der Costal- und Lungenpleura rings um das Pericardium, grössere um das Pericardium gelagerte abgesackte pleuritische Exsudate, Geschwülste im Mediastinum, die an die Brustwand reichen. Ist der Percussionsschall in der Herzgegend während der Inspiration um ein Geringes anders als während der Inspiration, so ist dadurch eine Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel nicht ausgeschlossen.

Prognose.

Diese hängt vorzüglich von der Menge und Beschaffenheit des

Exsudats, von der Heftigkeit des Prozesses und den complicirenden oder primitiven Zuständen ab.

Eiterige, jauchige, vorwaltend fibrinöse, tuberculöse Exsudate, so wie die bei Puerperal-Prozessen, Pyämie u. dgl. Vorkommenden sind immer von ungünstiger Prognose — in der Mehrzahl direct lethal. Auch Complicationen mit hochgradiger Pleuritis, Pneumonie etc. sind schlecht, sobald die Entwicklung beider Prozesse gleichzeitig und nicht nach einander geschieht.

Ungünstige Constitutionsverhältnisse des Kranken (Scorbut, Säufer-Cachexie) oder chronische Leiden des Herzens, der Nieren lassen ebenfalls wenig oder keine Hoffnung auf theilweise Genesung.

Therapie.

In sonst reinen oder nur mit genuinen Entzündungen complicirten Fällen leistet im Beginne des Leidens eine antiphlogistische Behandlung oft wesentliche Erfolge, um so sicherer, wenn der Grad der Pericarditis kein hoher, die Exsudation noch nicht, oder nicht im höheren Grade erfolgt, und die complicirenden Leiden, z. B. Pneumonie, Pleuritis entweder nicht hochgradig oder in ihrer Acuität schon gebrochen sind.

Locale Blutentziehungen (ohne langes Zögern wiederholte) und die örtliche Anwendung von Kälte sind hier das Wichtigste.

Allgemeine Blutentziehungen sind nur bei hohen Fieber, starker Constitution des Kranken, höheren Graden der entzündlichen Complication angezeigt und ihre Wiederholung selten gerechtfertiget.

Innerlich: salinische Abführmittel oder bei der Voraussicht einer mehr plastischen Exsudation Calomel in dosi purgante sind nach Umständen hiermit zu verbinden. Ist eine stärkere Ableitung durch den Darmkanal nicht angezeigt, so ist nach Umständen Tartarus emeticus (1—2 Gran) mit Digitalis, oder letztere mit kleinen Gaben Jodkali (15—20 Gran) zu geben.

Entwickelt sich im Verlaufe vom acuten Gelenk Rheumatismus die Pericarditis, so ist der Grad des Fiebers für die Therapie nicht leicht massgebend, und wenn nicht individuelle Verhältnisse eine stärkere Antiphlogose erheischen, so genügt hier selbst bei grösserem Fieber die locale Antiphlogose, womit man die grösseren Gaben des Jodkali mit Morphium, die bei diesen Gelenksleiden fast spezifisch wirken, verbinden kann.

Die locale Antiphlogose und nach Umständen die beschränkteren Ableitungen auf den Darm finden auch ihre geeignete Anwendung bei

Pericarditis nach Scharlach, nach Pneumonie, nach Typhus, bei Morbus Brightii etc.

Bei pyämischen Zuständen, Scorbut etc. kann nebst dem hiefür nothwendigen Heilverfahren symptomatisch Kälte, Säuren, Digitalis, aber kein weiter schwächendes Verfahren in Anwendung kommen. Bei Complication mit Intermittens wird Chinin zugleich angewendet.

Ob bei hochgradigeren Hirnhyperämien der Gefahr des Lungenoedems etc. speziell noch irgend ein eingreifenderes Handeln günstigen Erfolg verspricht, lässt sich nur aus der Combination der Umstände bestimmen.

Stimulantia, welcher Art sie immer sein mögen, leisten bei starken Verfall der Kräfte, Sinken des Pulses etc. Nichts; und es wird auch durch Vesicanzen, spätere Blutentziehungen, die Lebensgefahr nicht abgewendet, sobald die Menge des Exsudats, die Beschaffenheit des Blutes und des Exsudat's hievon die nächsten Ursachen sind.

Morphium, Opium, Chloroform und Aether sind die besten Sopientia.

Wendet sich im Verlaufe der Prozess zum Rückschreiten, so hat man hauptsächlich auf die Verhüthung neuer Hyperämien, auf die Unterdrückung zeitweiser fieberhafter Aufregungen, und ganz vorzüglich aut eine mit diesem in Einklang stehende Hebung und Beförderung der Gesammt-Vegetation sein Augenmerk zu richten.

Unter Umständen Digitalis (bei grösserer Pulsfrequenz und Herzklopfen), Säuren, vorzüglich Zitronen- und Weinsteinsäure, in manchen Fällen Chinin (vorzüglich nach Intermittens) oder Eisen u. dgl. werden die häufigste Anwendung erfordern.

Bei sowohl besser erhaltenen Constitutionen und der Fortdauer mässiger Schmerzen, kann wohl ein Vesicans und leichte Mercurial-Einreibungen; und bei vorwaltend serösen Ergüssen vielleicht auch die in Eiterung erhaltenen Vesicanzen oder scharfen Einreibungen gebraucht werden, in den meisten Fällen aber werden während der Resorption Fett- oder Speck-Einreibungen genügen.

Die Kräftigung der Constitution, die weitere Behandlung bei Tuberculösen fällt mit dem hierüber bei pleuritischen Exsudat Gesagten zusammen.

Palliativ, vielleicht auch mit Aussicht auf weiteren Erfolg, kann die Paracentese in manchen Fällen zur Sprache kommen. Schuh und Skoda haben dieselbe mit günstigem Erfolge unternommen.

Hydropericardium, Hydrops pericardii, Herzbeutelwassersucht.

Die Erscheinungen der Auscultation und Percussion sind dieselben wie beim Exsudate, nur kommen hier nie Reibungsgeräusche vor. Die weitere Diagnose wird nach den bei Hydrops angegebenen Momenten gemacht.

Auch die Therapie ist die des Hydrops, nur können hier auch locale Ableitungen durch Vesicanzen und dgl. angezeigt sein; wenn auch sie im Allgemeinen nur eine beschränkte Anwendung gestatten.

In manchen Fällen entsteht dieser Hydrops auch aus localen Verhältnissen, besonders bei Ausdehnung des Herzbeutels durch Schrumpfung der Lunge (bei Tuberculose), an welcher das Pericardium angewachsen ist (Hydrops ex vacuo); ferner bei schwieliger Verdickung des Herzbeutels, bei Verknöcherung der Arteriae coronariae etc. etc.

II. Entzündung des inneren Herz-Ueberzuges. Endocarditis.

Beschränkt sich gewöhnlich auf kleinere Abschnitte des Herzens, vorzüglich auf die Klappen und ihre nächste Umgebung. Bald ist der Prozess auf die eine Höhle des Herzens beschränkt, bald auf mehrere verbreitet. Das Endocardium erscheint geschwellt, getrübt, gelockert, mit Exsudaten bedeckt.

Die Exsudate sind auch mehr albuminöse oder fibrinöse; sie gehen auch hier die gewöhnlichen Metamorphosen ein. In Folge der Entzündung und des noch weiter aus dem Blute hier niedergeschlagenen Faserstoffes, (in Form von Gerinnsel) kommt es zur Bildung von zottigen, kolbigen etc. Anhäufungen, welche man Vegetationen zu nennen pflegt.

Durch Lockerung des Endocardiums kommt es an den betreffenden Stellen zu Zerreissungen, und so bilden sich Zerreissungen der Klappensehnen, der Klappen, Aneurysmen der Klappen und des Herzmuskels heraus.

Anderer Seits kommt es durch den vegetativen Vorgang des Prozesses zu Verdickungen, Schrumpfungen der Klappen und ihrer Sehnen, zu Verwachsungen derselben, zur Insufficienz der Klappen, zu Verdickungen und Verengerungen der Ostien etc. etc. wie diess ausführlicher in der pathologischen Anatomie abgehandelt wird.

Endocarditis ist die hauptsächlichste Quelle aller chronisch verlaufender Klappen- und Ostien-Fehler so wie ihrer Folgen.

In den Produkten der Entzündung kommt es zur Concrementen-Bildung etc. Auch die Sehnenflecke am Endocardium sind Folgen der Entzündung.

Die Vegetationen schrumpfen mit der Zeit, verkreiden, verschmelzen mit der verdickten Klappe, oder lösen sich theilweise auf,

oder theilweise von dem Anheftungspunkte los, und diess zu verschiedenen Zeiten ihres Bestehens, werden mit dem Blutstrome weggeführt (verstopfen so wohl auch kleinere Gefässe).

Im Gefolge der Endocarditis finden sich umschriebene Entzündungs-Prozesse in anderen Organen, vorzüglich in der Milz, den Nieren, seltener in der Leber, den Lungen u. s. w., welche manchmal Eiterherde darstellen (bei eiterigen Exsudat der Endocarditis), in anderen Fällen sind sie zu schwieligen Massen verdickt, etc. diess dann, wenn auch im Endocardio derselbe Vorgang beobachtet wird.

Die Endocarditis mit ihren Produkten kann an allen Stellen des Herzens vorkommen, am häufigsten jedoch an den Klappen-Apparaten des linken Herzens, am seltensten in den Klappen der Lungenschlagader.

In den Herzhöhlen finden sich bei acuten Prozessen oft bedeutende Faserstoffgerinnsel (Sterbe-Polypen); in der Folge bei den weiteren, nach Endocarditis zu Stande kommenden krankhaften Zuständen des Herzens die sogenannten globulösen Vegetationen.

Nach Rokitansky ist dieser Prozess im Fötal-Zustande häufiger rechts, und es gehören die in späteren Jahren hier vorkommenden Klappenfehler, Ostien-Verengerungen etc. jener Zeit an.

Sobald durch diese Vorgänge an den Klappen-Apparaten Hindernisse des Kreislaufes entstehen, folgen weitere secundäre Blutanhäufungen und Erkrankungen verschiedener Organe; wie diess bei der Darstellung der Klappenfehler deutlicher angegeben wird.

Auch bei ganz acuter Endocarditis kommt es unter diesen Umständen zu Blutüberfüllungen der Lungen, des Gehirns und manchmal rasch zu auffallender Grössenzunahme des Herzens.

Krankheitsbild, Verlauf, Aetiologie.

Aus den nur andeutungsweise gegebenen anatomischen Daten geht hervor, dass sowohl die Form, als die Verlaufsweise und Dauer des Prozesses eine sehr verschiedene sein müsse.

Wenngleich im Allgemeinen nur auf einzelne Stellen des Herzüberzuges beschränkt, verläuft der Prozess einmal mit grosser Acuität, und seine Rückwirkungen auf den Gesammtorganismus sind rasch, auffallend und von der grössten Gefährlichkeit für das Leben begleitet; in anderen und zwar der Mehrzahl der Fälle verläuft derselbe vom Anfange an schleichend, ohne vom Kranken wahrgenommen, noch vom Arzte erkannt worden zu sein, gedeiht in seinen nachweisbaren Folgen zu hohen Graden, ehe er fühlbar störend in den Mechanismus des Körpers eingreift; oder es wird ein Anfangs

acuter Verlauf in seiner Heftigkeit gebrochen, scheinbar geheilt, und verläuft weiters auf dieselbe chronische Weise, wie die gleich anfangs sich chronisch und schleichend gestaltenden Formen.

Der acute Verlauf ist es, welcher theils durch das plötzlich sich einstellende mechanische Hinderniss der Circulation und die hieraus resultirenden hochgradigen Hyperämien zu den Lungen und Gehirn (mit und ohne Oedembildung), theils durch die Einleitung eines sehr acuten pyämischen Vorganges dem Leben so oft gefährlich wird, und ist in seinen höheren Graden die Ursache, warum Endocarditis zu den bedeutendsten Erkrankungen gerechnet werden muss.

Der fortgesetzte Verlauf der acuten, nicht tödlich gewordenen Fälle oder das gleich von Anfang mehr schleichende Zustandekommen desselben ist die reichhaltigste Quelle aller Klappen- und Ostienfehler des Herzens mit ihren consecutiven Folgen.

Hier, wo wir von Endocarditis specieller sprechen, verstehen wir den acuten Verlauf; der chronische Vorgang fällt mit dem zusammen, was man überhaupt über die Klappenfehler, Herzhypertrophie etc. zu sagen weiss.

Die acute Endocarditis kommt am häufigsten im Jünglings- und ersten Mannesalter vor; verschont aber auch Kinder und den Fötus nicht. Bei Erwachsenen kommt sie vorzugsweise in Begleitung des acuten Gelenk-Rheumatismus, manchmal mit Pericarditis complicirt, vor. Endocarditis wird ferner häufiger im Puerperalprozesse, seltener neben Pleuritis, Pneumonie der linken Seite, bei Peritoneitis, bei Exanthemen etc. beobachtet.

In heftigen acuten Anfällen des chronischen Gichtprozesses dürfte sie, wenn auch nicht so häufig wie beim Gelenksrheumatismus doch auch manchmal mehr acut zu Stande kommen.

Im Verlaufe der Arthrophlogosis rheumatica stellt sie sich gewöhnlich erst nach einiger Dauer der letzteren ein, und ist hier dem Grade der Erscheinungen nach durchaus nicht an den Grad der Gelenk-Affection gebunden.

Vermuthet wird ihr Dasein, wenn sich starke, gewaltsame, mehr verbreitete, auch unregelmässige Herzschläge einstellen, der Puls an Frequenz auffallend zunimmt, dabei mehr klein, unterdrückt ist; der Kranke schwerer darniederliegt; wenn stärkere Hyperämien zum Gehirne oder den Lungen sich bleibend einstellen, und grössere Mengen Eiweiss im Harne erscheinen.

Ist der Prozess im Herzen an einer Stelle localisirt, welche dem stärkeren Blutstrome direct ausgesetzt ist, so erzeugt sich bald

ein Geräusch, welches man am Thorax dieser Stelle zunächst am deutlichsten hört.

Werden hiedurch die eine oder mehrere Klappen insuffizient oder die Ostien verengert; so wird dem entsprechend das Geräusch bald nur an einer, bald an mehreren den Klappen entsprechenden Stellen zugleich, und an den übrigen Stellen normale oder schwächere Töne etc. gehört.

Weil die Insufficienz der venösen Klappen gewöhnlich der Verengerung vorausgeht, so hört man am häufigsten das Geräusch bei der Systole im linken Ventrikel; doch kann auch nach kurzer Zeit ein diastolisches den Aorten-Klappen entsprechendes Geräusch im linken Ventrikel gehört werden.

Geht der Prozess an einer anderen Stelle vor sich, oder sind die Klappen noch sufficient etc., so hört man keine Geräusche, sondern normale oder lautere oder dumpfere oder sehr schwache Töne.

Die Percussion der Herzgegend bleibt normal so lange, bis nicht in Folge der Klappen-Insufficienz eine Raum- oder Massenzunahme der Herzhöhlen stattgefunden hat; und wird dann dem entsprechend modificirt; diese Zunahme des Herzens an Grösse kann nach Skoda binnen einigen Tagen bemerkbar werden.

Ist das Hinderniss der Circulation am linken Ostium venosum (und da fehlt es wohl selten, wenn auch hier nicht der alleinige Sitz der Endocarditis ist) so wird der 2. Ton der Pulmonalis verstärkt, und gleichzeitig stellen sich grössere Brustbeschwerden, beschleunigtes, ungleiches Athmen, Angst, Anfälle von stärkerer Dyspnoe, Ohnmachten ein. In anderen Fällen treten mit oder ohne diesen Zeichen von Lungenhyperämie die Symptome stärkeren Blutandranges zum Kopfe hervor, daher Kopfschmerz, Sinnestäuschungen, Schlaflosigkeit, leichte Delirien, oder, und diess häufiger ein mehr soporöser Zustand mit grosser Hinfälligkeit des Kranken.

Höhere Grade der Endocarditis sind auch von icterischer Färbung der Haut begleitet.

War das Gelenkleiden gleich vom Anfange an hochgradig und vom starken Fieber begleitet, so erleiden die Symptome des Fiebers durch die Ausbildung der Endocarditis nicht immer wesentliche Veränderungen.

Im weiteren Verlaufe nehmen entweder die genannten Zufälle mit wechselnder Intensität zu, die Kleinheit und Leere des Pulses contrastirt immer mehr und mehr mit der starken Action des Herzens, ohne dass sich die Zeichen der Auscultation auffallend verändern,

und es ist dieses Steigen des Prozesses an keine bestimmte Zeitdauer gebunden.

Tritt bei solchen Fällen der Tod ein, so geschieht es am häufigsten in Folge eines acuten Lungenödems, seltener durch starke Hyperämie des Gehirns mit und ohne serösen Ergüssen, oder durch übermässige Gerinnsel-Bildung im Herzen; wenn nicht durch gleichzeitige Pericarditis ohne weiteren Nachweis Herzlähmung die nächste Ursache ist.

Beim günstigen Verlaufe (nicht hohen Grade etc.) geht das Gelenkleiden früher und vollständiger unter den gewöhnlichen Krisen und mit Abnahme des Fiebers zurück; die Zeichen der secundären Hyperämien mässigen sich; der Herzstoss wird ruhiger, erleidet aber ebenso wie die Pulsfrequenz noch häufige Verstärkungen, die Geräusche im Herzen werden schwächer, die Töne wieder gehört etc.; der ganze Gang der Reconvalescenz ist ein viel langsamerer.

Waren mechanische Hindernisse der Circulation durch die physikalische Untersuchung ausser allen Zweifel gesetzt, und ist der Prozess von längerer Dauer gewesen, so ziehen sich Geräusche und verstärkter Herzstoss etc. mit in die Reconvalescenz fort, und während sich der Körper langsam erholt und an Masse zunimmt, der Kranke sich allmählig in die freiere Bewegung und die Ausführung gewisser Beschäftigungen etc. hineinfindet; geht der chronische Verlauf des einmal (hier acut) angeregten Herzleidens seinen Gang unaufhaltsam fort, es folgen andere Zustände, Organ-Erkrankungen etc. wie diese bei den Klappen- und Ostienfehlern angegeben werden.

Auf gleiche Weise können sich die Symptome der Endocarditis gestalten, wenn selbe mit oder nach Pneumonie, Pleuritis, Exanthemen etc. verläuft, oder mit Pericarditis complicirt ist; nur wird in allen diesen Fällen das Bild der Krankheit durch die Symptome des anderen Leidens, so wie auch die ganze Verlaufsweise häufig modificirt; und man ist hier bezugs der näheren Diagnose allein und zunächst an die Zeichen der Auscultation und Percussion gewiesen.

In einer weiteren Reihe von Endocarditis-Fällen gestaltet sich aber der Verlauf sehr acut, die Erkrankung hochgradig, und erscheint unter dem deutlichen Bilde eines pyämischen Zustandes. Eiteriges Exsudat im Endocardio wird als die Quelle dieses Zustandes angenommen, und es findet sich dieser Verlauf im Wochenbette oder bei acuter Erkrankung herabgekommener, geschwächter Individualitäten. Die eigentliche Art des Zustandekommens ist hier ebenso wenig bekannt, als bei anderen Pyämien; (es bleibt nemlich zweifelhaft,

ob die Wiederaufnahme des gebildeten Eiters die Gerinnungen an den Stellen der secundären Prozesse erzeugt, oder ob diese durch das Verstopftwerden der Capillaren durch Eiterballen etc. eingeleitet werden — etc. etc.) und es kommt hier eben so wie dort manchmal zur Ausbildung secundärer Prozesse in der Milz, den Nieren etc. etc., die hier als umschriebene Eiterherde gefunden werden.

Solche mit Symptomen der Pyämie einhergehende Endocarditis trägt entweder gleich ursprünglich dieses Gepräge, oder nimmt dasselbe erst im weiteren Verlaufe an.

Heftiges Fieber mit starken, täglich auch 2—3 mal wiederholten Frostanfällen, die manchmal selbst typisch kommen; starker Verfall der Kräfte und des Turgor vitalis, icterische und typhöse Symptome (manchmal Erbrechen, anhaltendes Schluchzen u. dgl.) zeichnen diesen Zustand aus; und es gesellen sich manchmal Pusteln und Abscesse in der Haut oder diffuse Eiterungs-Prozesse im subcutanen Zellstoffe unter der Form eines bösartigen Rothlaufes (Erysipelas spurium) dazu.

Die Auscultations- und Percussions-Erscheinungen in der Herzgegend sind verschieden; Geräusche hängen von denselben Umständen ab, wie oben erst angegeben wurde.

Diese Fälle sind nicht allein häufig vom sehr acuten Verlaufe, sondern auch meistens lethal.

Die Dauer ist ganz verschieden, von einigen Tagen (bei pyämischen Formen) und Wochen in die Jahre (chronische Form.)

Die sogenannte Geneigtheit zu Recidiven älterer Auctoren ist wohl nur die Fortsetzung des ersten Prozesses mit heftigeren Verschlimmerungen der Nebenzustände oder acuten Nachschüben in das Endocardium.

Die Ausgänge sind schon angegeben. Die Heilung ist der seltenste, der häufigste ist der Uebergang in die chronische Form. Häufig ist auch der Tod durch die oben angegebenen Umstände oder durch Pyämie.

Aehnlichkeit.

Die Geräusche (vorzüglich das Systole-Geräusch), welche bei Endocarditis im Herzen gehört werden, und oft längere Zeit das einzige Zeichen derselben abgeben, können auch ohne Endocarditis bei anderen genuinen Entzündungen, im Anfange der exanthemischen Prozesse, des Typhus, bei Gelenksrheumatismus, bei chlorotischen Mädchen und anderen anämischen Individuen gehört werden und für En-

docarditis interponiren, in den letzteren Fällen dann, wenn solche Individuen von fieberhaften Zuständen befallen werden.

In allen diesen Fällen, wie überhaupt im Anfange der Endocarditis ist die Diagnose eine unsichere; aus den Constitutions-Verhältnissen des Kranken, der bisherigen Verlaufsweise, anderen gleichzeitig bestehenden, den Exanthemen oder dem Typhus angehörigen System-Affectionen etc. wird die muthmassliche Diagnose geschöpft. Gewissheit erst durch spätere, oft erst längere Beobachtung erhalten.

Endocarditis kann mit Pericarditis bestehen, und die in den Herzhöhlen erzeugten Geräusche durch das Reibegeräusch im Pericardio gedeckt werden; in diesem Falle ist die Endocarditis im Momente nicht zu diagnosticiren. Dasselbe findet Statt, wenn bei grösserem Ergusse im Pericardio die grossen Gefässstämme paralysirt und gedrückt werden; weil hier auch ohne Endocarditis ein Geräusch statt des ersten Tones gehört werden kann.

Ebenso lässt sich keine bestimmte Diagnose des acuten Zustandes machen, wenn zu chronischen Klappenfehlern etc. acute Endocarditis hinzutritt.

Die Prognose der Endocarditis ist in der Mehrzahl ungünstig.

Acute Fälle sind häufig tödtlich oder gehen in die chronische Form über, sobald sie mechanische Hindernisse der Circulation gesetzt, und der Prozess nur irgend längere Zeit gedauert hat.

Nähere prognostische Momente lassen sich nicht angeben, weil die Grösse des Localprozesses durchaus der Form und dem Grade der Symptome nach nicht bestimmt werden kann, denn, so wie einerseits unter den gelindesten Symptomen bleibende Klappenfehler etc. zu Stande kommen, gehen andererseits mit Geräuschen im Herzen hochgradige nicht endocarditische Prozesse einher. Die schlimmsten Zeichen sind die, welche sich auf das rasche Ausbilden und die Fortdauer oder das weitere Steigen der mechanischen Circulations-Hindernisse beziehen.

Die mit pyämischen Zufällen einhergehenden Formen sind in der Mehrzahl lethal.

Therapie.

Bei jungen, kräftigen, nicht constitutionskranken Individuen ist wohl am Anfange eine energische Antiphlogose das Erspriesslichste.

Nicht leicht aber lässt sich der Grad dieser Behandlung im concreten Falle bestimmen; ebenso ist es schwer den wahren Zeitpunkt hiefür festzustellen.

Weder die verstärkte Action des Herzens, noch die in den Herzhöhlen gehörten Geräusche können der Massstab für Venäsectionen sein.

Starkes Fieber, starker Puls, gleichzeitig stärkere Lungenhyperämie, bei Ausschluss von anderen z. B. exanthemischen Prozessen rechtfertigen die Venäsection. Die Wiederholungen derselben sind immer mit Vorsicht und Würdigung der genannten Momente, und nie in zu kurzen Zwischenzeiten vorzunehmen.

Bei Endocarditis mit Gelenkrheumatismus sind ferner Jodkali mit Morphium (vide Arthrophlogosis rheumatica), oder Tartarus emeticus ohne oder mit Opium angezeigt.

Symptomatisch bei starken Hirnhyperämien und trägen Stuhlgang einige Abführdosen von Calomel oder ein salinisches Purgans.

Mit der örtlichen Anwendung von Blutegeln ist gar nichts gewonnen; kalte Umschläge nützen gewöhnlich auch nicht viel, können aber immer versucht werden.

Ist die erste Heftigkeit gebrochen, so setzt man mit kleinen Dosen Jodkali oder Tartarus emeticus fort; oder nimmt bei starker Action des Herzens zur Digitalis jetzt seine Zuflucht, deren Gebrauch in einer früheren Zeit in der Regel ganz erfolglos ist.

Von Einreibungen mit Mercurialsalbe etc. oder von Zugpflastern u. dgl. hat man bei Endocarditis als solcher nichts zu erwarten, und man gebraucht letztere nur da, wo allenfalls dem Ausbruche eines Lungenödems dadurch Schranken gesetzt werden könnten.

Complicirende Pleuritis, Pericarditis oder starke Hirnhyperämie erfordern gleichzeitig anfangs Blutegel; und in den Fällen, wo Endocarditis erst im weiteren Verlaufe eines entzündlichen Leidens sich ausbildet, muss die antiphlogistische Behandlung immer eine beschränktere sein; Venäsectionen sollen hier ganz gemieden werden.

Bei pyämischen Zuständen: Säuren, Chinin, und symptomatisch Morphium (bei Schlaflosigkeit), Chloroform (gegen Dyspnoe) etc.

Durch die nervösen Symptome allein soll man sich nie zur Darreichung von stimulirenden Mitteln verleiten lassen, in Verbindung mit der antiseptischen können sie dort, wo letztere angezeigt sind, und der Verfall der Kräfte ein sehr grosser ist, freilich mit nur geringer Aussicht auf Erfolg gegeben werden.

Bei den in die chronische Form übergehenden Fällen ist sich jedes stärkeren Eingriffes auf die Dauer zu enthalten, und hier überhaupt so vorzugehen, wie bei den chronischen Klappenfehler etc. angegeben werden wird.

Das Regime und die Diät ist die ganze Zeit hindurch dem übrigen Verfahren anzupassen. Bezugs des ersteren sind Verkühlungen zu meiden, und in der Reconvalescenz (sogenannten) beim Uebergange zu den gewöhnlichen Muskelthätigkeiten des Körpers sehr umsichtig vorzugehen. In diätetischer Beziehung sind lange noch aufregende, gewürzhafte Speisen und geistige Getränke zu untersagen.

Die Carditis auch Myocarditis, Herzfleisch-, Herzmuskel Entzündung kommt am häufigsten mit Endo- oder Pericarditis vor; und ist ebensowenig zu diagnostiziren als ihre Folgezustände: Abscessbildung oder partielle Herz-Aneurysmen (diese im Sinne Rokitansky's genommen.)

III. Insufficienz der Klappen (Klappenfehler) und Verengerung der Ostien. Insufficientia valvularum; Stenosis Ostiorum.

Erstere (auch regurgitirender Klappenfehler nach William) entsteht durch Schrumpfung, Zerreissung der Klappen, durch Verdickung oder Verwachsung, Zerreissung der Papillarsehnen, durch krankhafte Metamorphosen in den Papillarmuskeln und in seltenen Fällen durch relatives Zukleinwerden der Klappen bei Raumvergrösserungen der Höhlen.

Die Stenose (auch obstructive Klappenkrankheit nach William genannt) entsteht in Folge der Rigescenz der Klappen, durch Verschmelzung der Klappenzipfel unter einander, oder mit dem Ostienrande, durch Verdickung der Ostienringe etc.

Die Fehler der Ostien bedingen nach und nach eine Schrumpfung und Atrophie der Klappen, und wenn auch diese ursprünglich noch schliessungsfähig waren, verlieren sie mit der Zeit diese ihre Fähigkeit; desshalb bedingen Stenosen bei längerer Dauer meistens auch Klappeninsufficienzen, während das Umgekehrte seltener stattfindet.

Die nächste Ursache dieser Vorgänge ist in einem Entzündungsprozesse zu suchen, mag derselbe deutlich als solcher, oder ganz schleichend ohne Symptome bestanden haben.

Die entfernteren Ursachen sind die bei den Entzündungen der Herzüberzüge angegebenen, vorzüglich die den Gelenks-Rheumatismus begleitende Endocarditis, derselbe Prozess bei Gicht, bei oder nach anderen Krankheiten, bei Säufern, andauernden Gemüthsleiden etc. und ist namentlich bei letzteren gewöhnlich am schleichendsten, und ganz unmerklich verlaufend.

Die Klappen- und Ostien-Krankheiten des linken Ventrikels sind die häufigsten, es kommt auch hier die ausgesprochene Endo-

carditis am häufigsten vor; im rechten Ventrikel sind sie viel seltener und bestehen hier fast niemals ohne gleichzeitiger Erkrankung des Klappen-Apparates im linken Ventrikel. Die bei jungen Leuten im rechten Herzen vorkommenden derartigen Prozesse sind Folgen der Endocarditis im fötalen Zustande (Rokitansky), wie es bereits schon gesagt wurde.

Krankheitssymptome.

Bei Insufficienz der Klappe geht der Klappenton verloren, und das durch die unzureichende Klappe zurückströmende Blut erzeugt statt desselben ein Geräusch.

Das verengerte Ostium erschwert den Durchgang des Blutes, und das hier durchströmende Blut erzeugt auch ein Geräusch.

Die bei Insufficienzen der Atrioventricular-Klappen erzeugten Geräusche fallen mit der Systole des Herzens, die durch Insufficienz der arteriellen Klappen erzeugten mit der Diastole des Herzens zusammen.

Umgekehrt verhält es sich mit den durch Ostien-Verengerung erzeugten Geräuschen; hier entsteht ein systolisches Geräusch bei Stenosen der arteriellen Mündungen, ein diastolisches Geräusch bei Verengerung der venösen Mündungen.

Die an den Ostien erzeugten Geräusche können mit einem hörbaren Tone verbunden sein, wenn die Klappen des andern nicht erkrankten Ostiums gehörig schliessen.

Geräusche ohne Rücksicht auf ihre weitere Beschaffenheit sind zunächst die ersten und directen Zeichen der genannten Zustände.

Da aber Geräusche auch durch Rauhigkeiten an anderen dem Blutstrome direct ausgesetzten Stellen, ferner durch Blutkrankheiten, durch abnormen Verlauf von Sehnenfäden, bei Durchlöcherungen der sonst sufficienten Klappen etc. entstehen können, so sind Insufficienzen der Klappen und Ostienverengerungen nur dann mit Bestimmtheit zu diagnosticiren, wenn weitere unausbleibliche Folgen des durch dieselben gesetzten mechanischen Hindernisses nachweisbar sind.

Diese Folgen sind zunächst Hypertrophien und Erweiterungen der verschiedenen Abschnitte des Herzens, nach Umständen gewisse constante Veränderungen des Arterienpulses und materielle Erkrankungen mehr direct dabei betheiligter Organe.

Durch diese Folgezustände wird das Dasein der in Rede stehenden Vorgänge ausser Zweifel gesetzt, und durch die spezielle Form derselben, so wie durch den näheren Sitz des Geräusches zu-

gleich der Ort (Klappe oder Ostium) bestimmt, an welchem der krankhafte Vorgang Platz greift.

Die nähere Qualität des Prozesses, ob Schrumpfung der Klappe oder Verwachsung etc. statt findet, diess lässt sich aus diesen Zeichen nicht bestimmen. Auch kommen die Klappenfehler etc. in verschiedener Combination vor.

a) Insufficienz der zweispitzigen (bicuspidal-) Klappe. Insufficientia valvulae bicuspidalis.

Wird diagnosticirt: aus einem Systole-Geräusch an der Herzspitze, aus der Verstärkung des 2. Tones der Pulmonal-Arterie und der consecutiven Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels. Das Systole-Geräusch ist manchmal sehr schwach, undeutlich, namentlich bei schwächeren Bewegungen des Herzens.

Ist die Insufficienz der Bicuspidalis gross, so werden die Töne der Aorta schwach.

Bei bedeutender Insufficienz ist der Arterienpuls weich, leicht zu unterdrücken.

Dieser Klappenfehler erzeugt Erweiterung des linken Vorhofes, Ueberfüllung des Lungenkreislaufes, Erweiterung der Lungen-Arterie, Hypertrophie und Erweiterung des rechten Ventrikels.

In weiterer Folge Ueberfüllung und Erweiterung des rechten Atriums, Stockungen und Erweiterungen im Hohlader- und Pfortadersysteme, Hyperämie und Stasis in der Leber, Milz, den Nieren mit ihren consecutiven Entartungen der Organe.

Die Individuen leiden an Lungen-Catarrhen, an Lungen-Blennorrhoe, an periodischen Lungenblutungen, an Erweiterungen der Bronchien und Lungenzellen, an passiven Gehirnhyperämien, an livider Färbung des Gesichtes und der Extremitäten (Cyanose), an Schwellung der Leber mit ihren Folgen, an Darmcatarrhen, Milztumor, Hämorrhoidalzuständen und Morbus Brightii chronicus; an Hydrops in allen seinen Formen, an Oedemen und chronischen Eczem.

Nicht alle Zustände müssen sich im Verlaufe des Klappenfehlers ausbilden; aber es ist durch denselben die Disposition zu allen angeführten consecutiven Formen gegeben; das Genauere weiter unten beim Verlaufe der chronischen Herzleiden.

b) Verengerung des linken Ostium venosum. Stenosis ostii venosi sinistri.

Wird diagnosticirt: aus einem Diastole-Geräusche im linken Ventrikel; aus der Verstärkung des 2. Tones der Pulmonalis und aus der consecutiven Hypertrophie des rechten Ventrikels.

Manchmal vernimmt die aufgelegte Hand bei der Diastole das Katzenschwirren (bei gleichzeitigen Rauhigkeiten an dem verengerten Ostium).

Das Geräusch ist bisweilen so gedehnt, dass es nur während der Kammersystole auf einen Augenblick unterbrochen wird, und man den ersten Ton gar nicht hört.

Weil gewöhnlich mit dieser Verengerung auch die Insufficienz der Bicuspidalis besteht, so hört man auch gewöhnlich ein doppeltes (Systole und Diastole) Geräusch.

Die Töne der Aorta sind gewöhnlich schwach.

Die Grössenzunahme des rechten Herzens erfolgt hier schneller und im grösseren Masse (besonders wenn Klappe und Ostium krank sind); manchmal ist der Ventrikel bloss erweitert (nicht hypertrophirt); bisweilen ist auch das linke Herz hypertrophisch.

Der Arterien-Puls ist bei bedeutenderer Verengerung so wie bei *a)*

Die Rückwirkungen auf den Lungenkreislauf etc. sind die oben angegebenen, nur kommen sie hier gewöhnlich noch stärker und am stärksten dann vor, wenn diese Stenose und Insufficienz der Bicuspidalklappe gleichzeitig bestehen.

c) Insufficienz der Aorta-Klappen. Insufficientia valvularum aortae.

Wird diagnostizirt: aus einem diastolischen Geräusche an der Ursprungsstelle der Aorta; aus der consecutiven Hypertrophie des linken Ventrikels; einem starken Raspelgeräusche in der Subclavia und Carotis; einem grossen, schnellenden (hüpfenden, kurzen) und härtlichen Pulse. Zuweilen auch hier ein diastolisches Katzenschnurren (beim Losreissen der einen Klappe vom Insertionsringe).

Das Geräusch hat an der Ursprungsstelle der Aorta die grösste Intensität, setzt sich nach abwärts in den Ventrikel fort, wird hier an der Spitze schwächer oder bei starker Insufficienz auch stark gehört, also dann auch diastolisches Geräusch im linken Ventrikel.

Der 1. Ton in der Aorta ist nur selten zu hören, weil gewöhnlich gleichzeitig rauhe Stellen an der Aorta oder an der untern Fläche der Aortaklappen vorkommen.

Der Pulsschlag der Arterien des Halses, des Kopfes, der Extremitäten ist äusserlich sichtbar.

Nebst der oben genannten Beschaffenheit des Arterien-Pulses manchmal ein deutlich fühlbares Schwirren in den Arterien.

Bisweilen ist relative Insufficienz der Bicuspidalis häufiger ohne dieser Hypertrophie des rechten Herzens zugegen.

Erst mit dem Auftreten dieser letzteren stellen sich weitere Störungen im Lungenkreislaufe ein; die dann erheblicher sind, wenn gleichzeitig Krankheiten am linken Ostium venosum bestehen.

Mit der Insufficienz der Aorta-Klappen bestehen häufig gleichzeitig Degenerationen der Arterien-Häute an anderen Stellen (Gehirn etc.), und es kommt bei ihr häufig Gehirnapoplexie vor.

Uebrigens entwickelt sich dieser Klappenfehler oft sehr langsam und ohne besondere Störungen des Allgemeinbefindens.

Das Zusammentreffen von Albuminurie ohne krankhafter Beschaffenheit der Nieren mit diesem Klappenfehler soll häufig sein (Hammernjk.)

d) Verengerung der Aortenmündung. Stenosis ostii arteriosi.

Wird diagnostizirt: durch ein systolisches Geräusch an der Ursprungsstelle der Aorta; durch Hypertrophie des linken Ventrikels; der Arterien-Puls ist klein, härtlich, aussetzend, unregelmässig.

Das Systole-Geräusch ist bei nur schwacher Action des Herzens undeutlich, sonst wird es bis in den Ventrikel hinab gehört.

Der 2. Ton in der Aorta ist sehr schwach, oder durch ein Geräusch ersetzt, wenn die Aortaklappen auch insufficient sind.

Die Hypertrophie des Ventrikels ist nie so bedeutend als bei der Insufficienz dieser Klappen; auch der Herzstoss nur wenig oder gar nicht verstärkt.

Bei gleichzeitiger Insufficienz der Aortaklappen und Verengerung dieses Ostiums dehnt sich die Hypertrophie bald über das ganze Herz aus; und erreicht die grössten Ausdehnungen, wenn zugleich der Klappenapparat des venösen Ostiums linkerseits krank ist.

Weitere Folgen der Ostium-Verengerung an der Aorta sind Anämie wichtiger Organe, vorzüglich des Gehirns, häufige Ohnmachten, Kälte der Extremitäten.

e) Insufficienz der dreizipfligen Klappe. Insufficientia valvulae tricuspidalis.

Wird diagnostizirt: aus dem Systole-Geräusche im rechten Ventrikel; aus der Erweiterung des rechten Vorhofes; der starken Schwellung und Pulsation der Jugularvenen; der auffallenden Entwicklung des Venensystems und den cyanotischen Erscheinungen.

Das systolische Geräusch wird hier im rechten Ventrikel bei schwacher Herzbewegung manchmal nur schwach oder gar nicht gehört.

Der 2. Ton in diesem Ventrikel ist entweder schwach oder gar nicht zu hören.

Die Pulsation in den Venen erfolgt synchronisch mit dem Herz- und Ateriensch lage.

Weitere Folgen dieses Zustandes sind passive Hyperämien der tiefer gelegenen Organe mit ihren consecutiven Zuständen, hydropische Erscheinungen in der allgemeinen Decke.

Wenn mit einer Verengerung des linken Ostium venosum eine Insufficienz der Tricuspidalis vorkommt, werden die bedeutenden Lungen-Congestionen und ihre Folgen dadurch hintangehalten.

Verengerung des rechten Ostium venosum, eine Insufficienz der Pulmonal-Aterien-Klappen und eine Verengerung des Ostium der Pulmonalis sind sehr seltene Zustände, und wurden von Skoda bei Lebenden noch nie beobachtet.

Die gemeinschaftlichen Symptome mit anderen Herzleiden, der weitere Verlauf, die Prognose und die Therapie für diese Fehler geben wir weiter Unten für alle chronische Herzleiden zusammengefasst.

Wie bereits angedeutet können sich diese Fehler der Klappenapparate combiniren; dieses und ihr gleichzeitiges Vorkommen mit Lungenkrankheiten etc. erschwert manchmal die genauere Diagnose.

Rauhigkeiten im Herzen an den Stellen, welche direct dem stärkeren Blutstrome ausgesetzt sind, so wie auch anormaler Verlauf der Sehnenfäden erzeugen auch Geräusche, welche zunächst an der betreffenden Stelle am stärksten gehört werden. Durch den Mangel von consecutiven Zuständen im Herzen und in anderen Organen unterscheiden sich diese Rauhigkeiten von den Klappen- und Ostienfehlern.

IV. Hypertrophie des Herzfleisches Hypertrophia cordis. Atrophie, Schwund des Herzfleisches Atrophia cordis.

A. Die Hypertrophie des Herzens

ist entweder eine totale oder eine partielle, und betrifft im zweiten Falle entweder eine Herzabtheilung, einen Ventrikel oder einzelne Portionen desselben.

Nach den räumlichen Verhältnissen der Herzhöhlen wird sie in eine einfache (normales Raumverhältniss mit Massenzunahme), eine concentrische (Massenzunahme mit Raumverminderung), und eine ex-

centrische, auch active Erweiterung oder Hypertrophie mit Dilatation genannt (Massazunahme mit Raumvergrösserung) unterschieden.

Die nächste Ursache ist gesteigerte Function des Herzens, sobald selbe andauernd und hochgradig ist.

Die entfernteren sind:

a) mechanische Hindernisse der Circulation

α) im Herzen selbst, die oben angegebenen Klappen und Ostienfehler;

β) in den grösseren Arterienstämmen: Verengerung, Obliteration, Aneurysmen;

γ) in der Lungen-Capillarität, so bei pleuritischen Ergüssen, Emphysem, Bronchiectasie, Verkrümmungen des Thorax.

b) Entzündungen der Herzüberzüge.

c) Gesteigerte Innervation des Herzens durch angestrengte Muskelbewegungen, andauernde Gemüthsaffecte, Missbrauch geistiger Getränke, Ausschweifungen in der Liebe etc. Diese Momente betreffen sowohl kräftige, muskelstarke, als schwächliche reizbare Individuen; die letzteren unterliegen mehr Gemüthsaufregungen, die ersteren mehr den angestrengten Muskelübungen.

Häufiger findet sich die Hypertrophie beim männlichen Geschlechte und im Mannesalter.

Zwischen den mechanischen Hindernissen und der folgenden Hypertrophie besteht kein proportionales Verhältniss; oft sind erstere gross, und letztere gering, so wie umgekehrt.

Diagnosticirt wird die Herzhypertrophie, welche am häufigsten als excentrische beobachtet wird: durch die verstärkte Action des Herzens, in wie fern sie andauernd und bedeutender, von weiteren Einflüssen (Anstrengungen, Gemüthsaffecten etc.) unabhängig ist; und durch Vergrösserung des gedämpften Percussionsschalles in der Gegend des Herzens.

Der Percussionsschall ist sowohl der Länge, als der Breite nach, der Lage des Herzens entsprechend mehr gedämpft, sobald die Hypertrophie beide Ventrikel betrifft; — bei Hypertrophie des linken Ventrikels ist der Schall in der Längenrichtung über das Normale gedämpft; bei Hypertrophie des rechten Herzens mehr dem Breitendurchmesser entsprechend. Entsprechend der Dämpfung ist auch die Resistenz bei der Percussion eine grössere.

Emphysematöse Lungen, welche das Herz in grösserer Ausdehnung decken, und einen tieferen Stand des Herzens bedingen; so wie andererseits angrenzende Pneumonie, tuberculöse Infiltration etc.

können die Bestimmung des Umfanges mittelst der Percussion erschweren.

Der Herzstoss ist in grösserer Ausdehnung sicht- und fühlbar; und es ergeben sich in Bezug der Richtung und Verbreitung dieselben Modificationen, wie sie bei der Percussion nach der Ausbreitung der Hypertrophie verschieden sind.

Die Herzspitze steht bald tiefer und mehr links, bald zeigt sich die Vergrösserung des Herzstosses mehr in der Breitenrichtung des Herzens, oder es findet sich beides gleichzeitig.

Der Herzstoss ist dabei zugleich verstärkt und zwar in verschiedenen Graden: die höheren Grade sind die, wo das Ohr des Auscultirenden gewaltsam erschüttert, oder die Stelle des Herzens an der Brustwand sichtbar und fühlbar (unabhängig von den Respirations-Bewegungen) gehoben wird. Er ist in einzelnen Fällen durch die Kleider und Bettdecken sichtbar; ja so bedeutend kann er sein, dass dadurch der Kranke bei jedem einzelnen Schlage gehoben wird.

Die Stärke des Herzstosses ist nicht unter allen Verhältnissen bleibend; und es kann durch vorübergehende oder länger einwirkende schwächende Momente, durch das Hinzutreten erschöpfender Exsudations-Prozesse, durch gleichzeitiges Lungen-Emphysem etc. der Herzstoss normal, selbst schwächer sein.

Die Auscultation vernimmt manchmal bei bedeutender Stärke des Herzstosses eine Art metallisches Klingen. Die Töne in den Herzhöhlen sind bald lauter, bald dumpfer als im normalen Zustande. Geräusche werden nur unter den bei Klappenfehlern angegebenen Verhältnissen, wie durch die Hypertrophie als solche erzeugt.

Die Inspection gewährt manchmal nebst der bereits angegebenen Verbreitung und Stärke des Herzstosses auch eine deutliche Vorwölbung des Thorax an dieser Stelle.

Die nothwendigen Folgen der Herzhypertrophien sind für jene, welche aus mechanischen Ursachen hervorgegangen sind, schon angegeben.

Bei primitiven Hypertrophien bestehen sie Anfangs in Beschleunigung und grösserer Energie des Kreislaufes, in rascheren Stoffwechsel, gesteigerter Wärme-Entwicklung, in Neigung zu Hyperämien der Haut (lebhaftes Colorit), Hyperämien des Gehirnes (besonders bei Hypertrophie des linken Ventrikels), der Lungen (bei Hypertrophie des rechten Ventrikels), im Gegentheil zu Entzündungen und bei bedeutender Hypertrophie in Athmungsbeschwerden durch Druck des grossen Herzens erzeugt.

Die Hyperämien zu den genannten Organen sind dem Grade nach verschieden, und wenn auch manchmal durch das Hinzutreten äusserer Ursachen höher gesteigert (selbst zu Blutungen führend), sind sie Anfangs doch noch mehr vorübergehend, und werden durch die Elasticität des Capillarsystems ausgeglichen; in der Folge, sobald diese Elasticität geschwächt ist, werden dieselben bleibend, passiv; — es kommt zu Catarrhen, Blennorrhoe in den Lungen, zu Oedemen und anderen hydropischen Zufällen.

Das weitere mehr Gemeinschaftliche folgt im ferneren Verlaufe der Darstellung.

B. Die Herz-Atrophie

ist selten genauer zu diagnostiziren; der Percussionsschall ist in kleinerer Ausdehnung (als der normalen) dumpf, der Herzstoss schwächer oder gar nicht zu sehen und zu fühlen (ohne weiteren Lungenleiden), der Puls klein, langsam und leer, häufig unregelmässig etc. dazu häufige Ohnmachten, schwache Wärmeentwicklung, kalte Extremitäten etc.

V. Die Erweiterung, auch passive Erweiterung des Herzens genannt.

Dilatatio cordis ist Erweiterung der Herzhöhlen mit Verdünnung der Wandungen derselben.

Auch sie ist eine totale oder partielle, als letztere am häufigsten in der rechten Herzhälfte und nicht selten mit Hypertrophie anderer Parthien combinirt. Sie kommt unter denselben ätiologischen Momenten wie die Hypertrophie zu Stande, und es ist nicht genauer anzugeben, warum in einem Falle Massazunahme gleichzeitig stattfindet, das andere Mal nicht; im Allgemeinen erzeugen nur die langsam zu Stande kommenden mechanischen Hindernisse bei sonst nicht geschwächten Individuen eher Hypertrophie, und umgekehrt kommt die Dilatation unter den entgegengesetzten Verhältnissen häufiger zu Stande. So ist letztere häufiger die Folge von ausgebreiteter Endo- und Pericarditis, kommt bei Verwachsung des Herzbeutels vor; findet sich öfter bei weiblichen, geschwächten, erschöpften Individualitäten, bei Fettentartung des Herzens etc.

Die passive Erweiterung erreicht rascher die höheren Grade, als diess bei der Hypertrophie der Fall ist.

Diagnostizirt wird die Erweiterung durch den in grös-

serer Ausdehnung vorhandenen gedämpften Percussionsschall und den geschwächten Herzstoss; höhere Grade durch die gleichzeitig angeschwollenen Jugularvenen und dem schwachen leicht zusammendrückbaren Pulse.

Die Ausbreitung des dumpfen Percussionsschalles betrifft vorzugsweise die Breitenrichtung des Herzens und reicht manchmal bis unter das Brustbein.

Der Herzstoss kann so schwach sein, dass er nicht gesehen nicht gefühlt wird; es ist nur ein unbestimmtes Wogen und ungleich mässiges Zittern in der Herzgegend. Bei Aufregungen hingegen und hinzutretenden acuten Catarrhen etc. kann der Stoss selbst verstärkt erscheinen.

Die Schwellung der Jugularvenen kommt den höheren Graden zu.

Der Puls erleidet nach dem Grade, nach der Beschaffenheit des übrigen Herzens und durch äussere Momente mannigfache Abänderungen.

Bei der Auscultation hört man in höheren Graden des Leidens den ersten Ton schwächer, dumpfer; das Uebrige ist von der Beschaffenheit der Klappen abhängig.

Consecutive Zustände sind dieselben wie bei länger dauernden Hypertrophien, nur treten sie hier rascher ein.

Hieher gehören: passive Stasen in der Haut und den Organen mit ihren Folgen: cyanotische Färbung, Lungen-Catarrhe, Blennorrhoe, Lungenblutung, Hirnsymptome, Ohnmachten; Darm-Catarrhe, Anschoppungen der Leber, Milz, Morbus Brightii, Eczeme, hydropische Zufälle, allgemeiner Hydrops.

Fettsucht des Herzens kann man dann vermuthen, wenn bei älteren Leuten (vorzüglich Säufern) nebst allgemeiner Fettsucht die Zeichen der Dilatation des Herzens vorhanden sind.

Die weiteren Krankkeiten des Herzens: Verhärtung der Substanz. Concrementenbildung, die Gegenwart globulöser Vegetationen, die Verknöcherung der Kranzarterien etc. lassen sich nicht näher diagnostiziren.

Der Verlauf und die Ausgänge der sub 3. 4. und 5. angeführten Leiden haben ebenso wie die davon abhängigen subjectiven und weiteren functionellen Störungen so viel Unbestimmtes und Variables gemein, dass es am zweckmässigsten ist, das Ganze in kurzen Worten zusammenzufassen.

Was vorerst die subjectiven Symptome anbelangt, so haben sie nichts Bestimmtes und sind durchaus nicht an ein materielles Herz-

leiden allein gebunden, Die Palpitationen, die manche Herzkranke sehr belästigen, werden in anderen Fällen vermisst, entstehen häufig nur nach stärkeren Anstrengungen, nach dem Genusse geistiger Getränke, nach Gemüthsaffecten, durch das Liegen auf der linken Seite etc. sind dem Grade nach sehr verschieden und nicht immer im Verhältnisse mit dem sichtbaren und fühlbaren Herzstosse. Bei höheren Graden der Hypertrophie fehlen sie nur selten, bei gleichzeitigen Klappenfehlern sind sie am heftigsten. Manchmal kommen sie anfallsweise und es sind derlei Anfälle von grosser Angst, Ohnmacht begleitet.

Schmerzhafte Empfindungen in der Herzgegend von lebhafter Beschaffenheit oder das Gefühl von Druck, Schwere und Beengung haben nichts Constantes; ebenso das Gefühl von Ameisenkriechen oder das Eingeschlafensein in der Brachialgegend, im Verlaufe der ganzen linken Seite, in den Fingerspitzen etc.

Was die Ausbildung der consecutiven Hyperämien, Stasen, serösen Ausscheidungen, Organveränderungen etc. und die dadurch bedingten Symptome: als Hirnsymptome (Wallungen, Schwindel, Sinnestäuschungen, Nasenbluten, Schlaflosigkeit etc.) Athmungsbeschwerden, asthmatische Anfälle, Magen-, Leber-Beschwerden etc. anbelangt, so haben wir bei der Darstellung der einzelnen Klappenfehler und den Krankheiten der Herzhöhlen darauf hingedeutet, welche Zustände zunächst mit einem oder dem anderen dieser Leiden zusammenhängen, und es müssen sich auch die Krankheitssymptome demnach wesentlich modificiren.

Es genüge nur hervorzuheben, dass die Ausbildung der secundären Zustände auch bei derselben Form des Herzleidens nicht immer denselben Gang beobachtet, nicht immer auf gleiche Art rasch und in derselben Ausbreitung zu Stande kommen müsse. Gleichzeitig thätige äussere Schädlichkeiten, intercurrirende acute Krankheiten, ungünstige Lebensverhältnisse und die Raschheit der zu Stande kommenden mechanischen Hindernisse der Circulation steigern die Zufälle und ihre Symptome hochgradiger; langsame Entwicklung, gutes Regime etc. lassen oft ohne scheinbaren Zeichen hohe Grade der Entwicklung sowohl des Herzleidens als der anderen Zustände beobachten.

Hirnhyperämien und ihre Folgen sind häufiger bei Hypertrophie des linken Herzens; Athmungsstörungen und Krankheiten der Lunge, der Unterleibsorgane vorzüglich bei Krankheiten des rechten Ventrikels und hauptsächlich dann früher und hochgradiger zu beob-

achten, wenn durch mechanische Hindernisse am linken Ostium venosum die Elasticität der Lungen-Capillarität schneller untergraben wird.

Bei diesen Leiden sind Catarrhe, Bluthusten, erschwertes Athmen etc. an der Tagesordnung, und bei höheren Graden derselben kommen die heftigen Anfälle von Athemnoth, von Asthma vor, welche manchmal in regelmässigen Zeiträumen sich wiederholen; — materielle Veränderungen der Leber, Milz, Nieren sind hier häufig; nicht immer alle von derselben Form und demselben Grade ihrer Ausbildung, und es tragen zu ihrem Zustandekommen und der Lästigkeit ihres Bestehens die Lebensweise, die Constitutionsverhältnisse des Kranken, das Klima, die Jahreszeit das Wesentlichste bei.

Oedeme und andere hydropische Zufälle kommen manchmal schon in früherer Zeit der Krankheit ohne weiteren materiellen Veränderungen der Organe, häufiger erst später und nachdem letztere bereits ausgebildet sind zur Beobachtung. Häufig kommen sie nur durch das Hinzutreten eines acuten Leidens (Catarrhalfieber, Exanthem etc.) im Verlaufe oder am Ende desselben zu Stande, sind von verschiedenem Grade und verschiedener Dauer; die in späterer Zeit kommenden aber fast immer durch hohe Grade und dadurch ausgezeichnet, dass sie den therapeutischen Eingriffen sehr hartnäckig widerstehen.

Die Constitutionsverhältnisse der Kranken sind sehr wechselnd; bei bleibenden Stockungen in der Capillarität der Lungen und der Verdauungsorgane wird die Ernährung gewöhnlich (aber nicht immer) rascher untergraben. Das Aussehen und die Farbe des Kranken kann verschieden sein; cyanotische Färbung kommt nur höheren Graden gewisser Formen zu.

Leute mit hypertrophischen Herzen sollen häufig an Glotzaugen und Kropf leiden.

Die Verschiedenheiten des Pulses sind mannigfach, und gewisse bleibende Eigenschaften desselben nur an gewisse Zustände und deren höhere Grade gebunden, wie diess bereits gesagt wurde. Unregelmässigkeit und Aussetzen des Pulses, so wie des Herzschlages kommt vorzüglich bei Klappenfehlern, deren höheren Graden oder nach Aufregungen etc. so wie gegen das chronische Ende des Herzleidens vor.

Der H a r n bei chronischen Herz-Krankheiten bietet nichts Besonderes, nichts Bestimmtes; und ist nach der Constitution bald mehr der eines gesunden oder eines fiebernden oder anämischen Menschen. Durch gleichzeitigen Morbus Brightii wird derselbe modificirt (vide

Morbus Brightii). Bei bedeutender Fieberaffection führt der Harn manchmal viel Gallenfarbstoff, auch Urophaein (?).

Im allgemeinen ist starke Harnsecretion ein den Verlauf erleichterndes Symptom, und so wie Gichtkranke bei vielem Schwitzen und Harnen sich wohler fühlen, findet das bei Herzkranken mit dem Harnen auch statt.

Chronische Eczeme erleichtern auch den Zustand der Brustsymptome, und wenn auch durch das gewaltsame Entfernen chronischer Eczeme niemals ein Herzleiden entstehen wird, muss man in der Behandlung der habituell gewordenen Eczeme bei Herzkranken stets vorsichtig sein.

Stärkere Hämorrhoidal-Congestion geht seltener allein aus dem Herzfehler, gewöhnlicher nur unter Mitwirkung der sitzenden Lebensweise etc. hervor, und stärkere Blutungen auf diesem Wege sind sehr erleichternd, werden mit der Zeit ein Bedürfniss; in diesem Sinne muss die kritische Bedeutung der Hämorrhoidalblutung bei Herzfehlern genommen werden.

Ganz heilbar sind nur jene seltenen primitiven Hypertrophien der Jugend, welche mit der vollendeten Ausbildung des Körpers stille stehen. Alle anderen einmal angeregt wachsen langsamer oder rascher fort; am sichersten und unaufhaltsamsten die durch mechanische Hindernisse bedingten, und es hängt das schnellere oder langsamere Wachsen von den bereits angeführten Umständen ab.

Herzkranke sind, wollen sie länger leben, von vielen Genüssen des Lebens und noch zahlreicheren Beschäftigungen ausgeschlossen; sie sind von Lungentuberculose verschont; und sterben immer frühzeitig, entweder plötzlich und unerwartet beim besten Stande der täuschenden Gesundheit oder durch intercurrirende Krankheiten oder am langsamen Wege des Hydrops.

Die rasche Todesart wird durch Herzlähmung, Gehirn-Apoplexie und acutes Lungen-Oedem, sehr selten nur durch Herzruptur eingeleitet.

Prognose.

Diese ist bei allen diesen Herzleiden ungünstig; die wenigen Fälle von reinen Hypertrophien jüngerer Leute abgerechnet, die einige Hoffnung auf Stillstehen und vollständige Heilung zulassen — schreitet jedes derselben unaufhaltsam fort.

Gefährlicher sind jedesmal die rascher entstandenen, durch bedeutende mechanische Hindernisse erzeugten; die, wo die zur Hintan-

haltung weiterer rascherer Fortschritte nothwendige Schonung und Pflege nicht ausgeführt werden kann; die, welche schon geschwächte oder sonst constitutionskranke Individualitäten betreffen.

Höhere Grade des Herzleidens selbst, so wie unaufhaltsame Ausbildung der secundären Zustände lassen immer nur wenig Aussicht auf längere Dauer des Lebens.

Acuten Erkrankungen, wenn sie irgend wie erheblicher sind, erliegen Herzkranke sehr leicht; neue Anfälle von Gelenkrheumatismus oder Gicht setzen den Kranken der Lebensgefahr aus, und steigern hinterher das Herzleiden bedeutend. Noch in den besten Jahren und scheinbar gut erhaltene derlei Kranke erliegen selbst leichteren catarrhalischen, biliösen etc. Zuständen, sobald dieselben fieberhaft sind und eine raschere Ausbildung von Oedemen oder allgemeinen Hydrops erleichtern.

Endlich, wie schon gesagt, können Herzkranke — und diess ohne Rücksicht auf die Grösse und Dauer des Herzleidens plötzlich sterben, und es kann sie dieser plötzliche Tod ebenso gut im ruhigen Schlafe, wie nach einer stärkeren Anstrengung oder in einer Gemüthsaufregung, nach einer Mahlzeit etc. überraschen.

Therapie. Das Einzige, was leisten kann ist, dass man die rascheren Fortschritte des ganzen Leidens hintanzuhalten trachtet. Strenges Regime, Vermeidung aller körperlichen und geistigen Aufregungen, aller Verkühlungen, Ueberladungen des Magens; — und um dem schnelleren Verfall der Vegetation Schranken zu setzen: der Aufenthalt in günstigen klimatischen Verhältnissen, eine mässige Bewegung in freier Luft, der Genuss leicht verdaulicher, nicht aufregender Nahrung sind die Umstände, die die eigentliche Therapie ausmachen.

Alle genannten Momente haben aber noch immer weite Grenzen, und es hängt hier hauptsächlich davon ab, dass mit der grössten Pedanterie Alles gemieden wird, was nur irgend welche noch so vorübergehende Störung zu erzeugen vermag. Vorzüglich ist es bei geringeren Graden des Leidens der Genuss erhitzender Getränke (Thee, Kaffee, Bier etc.), eine mehr gewürzhaftere, dem Geschmacke leider besser zusagende Nahrung, das Mass der körperlichen Bewegung und der geistigen Beschäftigung, welche den individuellen Umständen genau angepasst werden müssen, sobald der Genuss der einen nicht gemieden werden will, weil er im Momente eben nicht fühlbaren Schaden erzeugt, und die übrigen Umstände wegen anderer Verhältnisse nicht umgangen werden können.

Doppelte Vorsicht erheischen Herzkranke bei allenfallsigem

Wechsel des Klima, bei jedem Wechsel der Jahreszeiten und bei höheren Graden des Leidens. Geistige Getränke, alle Anstrengung, Fleischkost etc. müssen hier ganz oder zeitweise gemieden werden.

Auf medikamentösem Wege ist gegen die mechanischen Ursachen nichts auszurichten, und die einmal hiedurch angeregten Vergrösserungen des Herzens werden weder durch Blutentziehungen noch durch andere schwächende Mittel beseitiget.

Bei noch jungen, kräftigen Individuen sind zeitweise mässige Blutentziehungen dann unerlässlich, wenn durch äussere Einflüsse die Hyperämien zu wichtigen Organen übermässig gesteigert, und diese dem Leben gefahrdrohend werden.

Hier ist es auch, wo dem periodischen Herzklopfen durch entsprechenden Gebrauch von Digitalis (oder Digitalis in Verbindung mit Aqua laurocerasi, mit Morphium) begegnet werden muss, und die den ganzen Zustand verschlimmernden trägen Stuhlentleerungen (wenn solche sich einstellen) durch salinische Abführmittel anstandlos behoben werden können.

Unter solchen Umständen nützen auch Eisumschläge auf die Herzgegend, die jedoch nicht über die Zeit der Nothwendigkeit fortzusetzen sind.

Bei älteren Leuten, mehr geschwächten Constitutionen, höheren Graden von Hypertrophie oder bei Erweiterungen will die Anwendung der Blutentziehungen sehr erwogen sein, soll sie nicht schaden. (Digitalis nützt unter diesen Umständen nicht viel, macht selbst bei höheren Graden von Dilatation und Hypertrophie aus mechanischen Ursachen die Sache häufig schlechter.)

Hochgradige Dyspnoe und asthmatische Anfälle gestatten nur Blutentziehungen, wenn selbe den Constitutionsverhältnissen des Kranken entsprechen, sonst sind auch hier Morphium und Chloroform (als Riechmittel) das Beste.

Die leichten Diuretica: Säuren, weinstein- und essigsaure Salze finden zeitweise eine erfolgreiche Anwendung bei hydropischen Formen in der früheren Zeit der Krankheit; später nützen sie eben so wenig als die stärkeren, die gewöhnlich auch nicht vertragen werden. Drastica sind vorzuziehen bei drohenden Lungenödem, bei Hydrothorax u. dgl., bei Anasarca eine mehr exspectative und die Behandlung mit äusserlichen Mitteln.

Bei langsamer Ausbildung dieser Zustände in den Lungen oder der Brusthöhle und bei den hiedurch bedingten asthmatischen Anfällen sind Eiterungen (Vesicanzen, Fontanelle) vom Vortheile.

Bei hochgradiger Anämie können leichtere Eisenmittel versucht werden; besser ist's, man erreicht seinen Zweck durch rein diätetische Mittel.

Von Seite der Catarrhe, Leber-Infarcten, der Hämorrhoidal-Congestion etc. kann symptomatische Hilfe gefordert werden; sie ist nach den hiefür gegebenen Normen einzuleiten.

Hämorrhoidalblutungen und chronische Eczeme sind nicht gerade zu fördern, aber auch nicht gewaltsam zu unterdrücken.

Mittel, womit man hypertrophische Zustände des Herzens zu heilen versucht, sind: methodisch fortgesetzte Blutentziehungen, Mercurialien, Jod, Jodeisen, das Hydrosulfuretum Ammonii, das Colchicum, die Molkenkur, Mineralwässer etc. In neuester Zeit wurde der fortgesetzte Gebrauch von essigsaurem Blei empfohlen.

VI. Das Herzklopfen, das nervöse Herzklopfen, Herzkrampf etc. Cardiopalmus nervosus.

Herzklopfen ohne nachweisbarem Kranksein des Herzens wird hierunter verstanden, und ist als solches wohl nur selten, wenn auch der materielle Nachweis nicht immer geliefert werden kann.

Abgesehen von der stärkeren Action des Herzens bei Fiebern, bei Hirn- und Rückenmarksleiden, bei Krankheiten der Lunge; kommt Herzklopfen bei nervösen, reizbaren, anämischen (chlorotischen oder nach anderen Krankheiten) hysterischen; und anderer Seits bei fetten, dickleibigen oder solchen Individuen vor, welche ein träges Leben führen, und an Abdominal-Plethora leiden.

Im ersten Falle sind die Anfälle des Herzklopfens periodisch, entstehen manchmal nach bestimmten Veranlassungen, dauern verschieden lang und verschwinden hierauf spurlos. In den Anfällen ist dieses Herzklopfen nicht leicht zu unterscheiden vom symptomatischen, bei Herzleiden vorkommenden.

Die Diagnose muss ausser dem Anfalle, und kann erst nach längerer Beobachtung und wiederholter Untersuchung mit mehr Genauigkeit gemacht werden.

Die Therapie ist im Anfalle eine antinervine: Digitalis mit Aqua laurocerasi. Aether und Chloroform-Einathmung, Asa foetida, Castoreum, kalte Umschläge, Senfteige etc. — Ausser dem Anfalle wird die Schwäche, Anämie oder Hysterie zu behandeln sein.

Bei der 2. Abtheiluug steht das Herzklopfen mit Anfüllungen des Magens, träger Stuhlentleerung, Blähungen des Darmes oder

zeitweise anhaltend sitzender Lebensweise im Causalverhältnisse, und wird, so bald es wirklich nur ein consensueller Zustand war, mit beseitigter Ursache auch weichen.

Unter Cardiopalmus rheumaticus, Cardiosthenia rheumatica versteht man ein länger anhaltendes, in der Ruhe vermindertes Herzklopfen, welches mit anderen rheumatischen Schmerzen ohne weiteren Zeichen einer Endocarditis oder eines chronischen Herzleidens vorkömmt.

Nur wenn dieser Zustand nach einiger Zeit unter entsprechendem Regime und sonstiger Behandlung in vollständige Heilung übergeht, kann man an sein Vorhandengewesensein glauben, und ist derselbe von geringeren Graden der Endocarditis in keiner Beziehung zu unterscheiden.

VII. Die Neuralgie des Herzens, Brustbräune, Herzklemme. Angina pectoris Heberdeni, Asthma dolorificum.

Anfälle von heftigen zusammenschnürenden Schmerzen in der Herzgegend mit einer eigenthümlichen Todesangst und beklommenen, erschwerten Athmen, welche den Kranken zwingen, still zu stehen, und sich an einen festen Gegenstand zu stützen oder sich in aufrechter Stellung durch Andere stützen zu lassen.

Den Anfällen gehen manchmal Vorboten voraus, manchmal nicht; und sind im ersten Falle die gewöhnlichen. Der Schmerz in der Herzgegend ist sehr heftig, und verbreitet sich auf andere Nerven, häufiger auf die des Plexus brachialis, aber auch auf den Plexus cervicalis superficialis und den Vagus (als Globus). Am häufigsten ist daher der Schmerz im linken Arme, breitet sich hier oft bis in die Fingerspitzen aus, oder er strahlt auf beide Arme auch auf eine ganze Seite aus.

Gleichzeitig ist damit die Empfindung von naher Ohnmacht, das Gefühl von Todesangst verbunden. Der Athem ist grösstentheils beklommeu, erschwert, zuweilen ungehindert, und es kann der Kranke trotz der Beklemmung tiefe Inspirationen anstandlos ausführen; die Temperatur der Hände und Füsse ist kühl, die Gesichtszüge verfallen, die Haut blass.

Herz- und Pulsschlag sind verschieden und vorzüglich durch gleichzeitiges Herzleiden modificirt.

Die Dauer der Anfälle ist verschieden, gewöhnlich ¼—½, aber auch mehrere Stunden, und lösen sich dieselben gewöhnlich

unter erleichternden Aufstossen von Ruptus und mit Schweiss, seltener mit Abgang von Blähungen nach unten oder mit Erbrechen.

Die Zahl der Anfälle und die Dauer ihrer Zwischenzeiten ist ganz verschieden. Letztere bei Mangel von organischen Herzleiden durch keinerlei Symptome, wenigstens am Anfange der Krankheit getrübt.

Dieser schmerz- und qualvolle Zustand kommt am häufigsten bei organischen Herzkrankheiten (Verknöcherungen der Kranzarterien, Krankheiten der Aorta, der Klappen, Fettherz etc.), aber auch ohne diesen vor. Befällt nur das mittlere und höhere Alter, vorzugsweise Arthritiker und Hysterische.

Gelegenheitsursachen zum Ausbruche sind: anstrengende Bewegungen, zumal bei vollen Magen, Gemüthsaffecte, Diätfähler.

Die Totalität der Krankheit kann in die Jahre dauern, auch mit einigen Anfällen alles beendet sein. Mit und ohne Herzfehler kann der Kranke im Anfalle sterben. Auch sollen die Anfälle mit anderen nervösen Formen (bei Hysterie ?) alterniren.

Die Behandlung im Anfalle besteht in den Einathmungen oder Riechenlassen von Aether, Chloroform. Innerlich: Narcotica, Castoreum, Aether, auch kaltes Wasser, Gefrornes. Aeusserlich Senfteige, kalte Begiessungen, Einreibungen, etc. — Der Kranke muss oft in der aufrechten Stellung gehalten und gestützt werden, da er eine andere Lage nicht verträgt.

Ausser den Anfällen ist nach den zu Grunde liegenden Zuständen (Herzfehler, Hysterie, etc.) eine verschiedene Behandlung einzuschlagen.

VIII. Krankheiten der Aorta.

a) Aortitis in dem Sinne wie Endocarditis genommen, ist eine sehr seltene Krankheit und als solche nicht zu diagnostiziren.

Ihre Symptome und Folgezustände sind jenen der Endocarditis gleich.

b) Unebenheiten an der inneren Fläche der Aorta und Erweiterungen derselben, (Aneurysmen) sind häufiger.

Sie wurden als chronische Entzündung, atheromatöser Prozess, von Rokitansky als Auflagerungs-Prozess bezeichnet, und sollen nach neueren Untersuchungen zunächst in Hypertrophie der mittleren elastischen Gefässhaut begründet sein.

Die Rauhigkeiten an der inneren Fläche der Aorta erzeugen ein systolisches Geräusch an der betreffenden Stelle ohne weiteren consecutiven Zuständen: gewöhnlich ist die Aorta an ihrer Ursprungs-

stelle, den Klappen auch krank, und da sind die diesem Zustande entsprechenden Zeichen gleichzeitig vorhanden.

Die Erweiterung der aufsteigenden Aorta ist häufiger, als die der absteigenden; sie kann nur dann diagnostizirt werden, wenn sie die vordere Brustwand berührt, gleichviel hiebei, ob sie eine gleichförmige oder sackförmige ist.

Sie wird diagnostizirt, wenn an dieser Stelle (obere Theil des Sternums oder rechts zwischen der 3.—5. Rippe) der Percussionsschall ganz dumpf und die Resistenz vermehrt ist; wenn hier eine deutliche von der anschlagenden Herzspitze durch einen bemerkbaren Zwischenraum geschiedene Pulsation Statt findet; wenn hier ein (meist) starkes Doppelgeräusch gehört wird; und wenn die nothwendige Folge: Hypertrophie des Herzens, besonders des linken Ventrikels nachzuweisen ist. An dieser Stelle ist oft ein deutliches Schwirren zu fühlen, welches sich in die grösseren Arterien fortsetzt.

Das Geräusch hört man auch in der Subclavia und Carotis als starkes Raspelgeräusch.

Die Geräusche an der Stelle des Aneurysma's sind manchmal nur schwach, oder es sind Geräusche und Töne oder bloss Töne zu hören, die in seltenen Fällen sehr laut und voll sind (Skoda).

In einzelnen Fällen ist das Aneurysma als pulsirende Geschwulst an der vorderen Fläche des Thorax zu sehen.

Die Folgen dieses Aneurysma's sind Hypertrophie des linken Herzens, meistens beider Ventrikel, mannigfache Störungen des Kreislaufes, Druck auf grössere Venen (hiedurch Cyanose und Varicositäten etc.), Druck auf die Luftröhre und die Bronchien (Athmungsnoth, asthmatische Anfälle, Husten, Catarrh), Druck auf die Speiseröhre (Schlingbeschwerden).

Ein dumpfer Schmerz in einem oder dem anderen Arme, ein Gefühl des Taubseins daselbst ist ein häufiger Begleiter, manchmal Angina pectoris.

Beim Schwunde der knöchernen Brustwand kann an dieser Stelle ein dumpfer bohrender Schmerz, der auch weiter verbreitet sein kann, Platz greifen.

Die Erweiterung der absteigenden Aorta muss sehr bedeutend sein, wenn am Rücken im Percussionsschalle dadurch eine Dämpfung entstehen; oder dieselbe daselbst als eine pulsirende schwirrende Geschwulst bemerklich sein soll. Es können durch das Aneurysma daselbst mit dem Arterienpulse synchronische Geräusche erzeugt werden (diese werden aber auch bei blossen Rauhigkeiten an

diesen Stellen gehört). Die Pulsation der unterhalb des Aneurysma gelegenen Arterien kommt gewöhnlich etwas später, als der Puls des Herzens, der Carotis und der Radialis. Es entsteht Hypertrophie des Herzens und durch Druck auf die Trachea, Bronchi etc. die schon angegebenen Zufälle. Schwund der nächsten Gebilde, der Rippen und selbst der Wirbelkörper werden auch beobachtet.

Aneurysmen an der Bauch-Aorta stellen sich als pulsirende Geschwülste, in welchen man ein blasendes systolisches Geräusch hört, dar; der Puls in den Schenkelarterien erscheint später, als in der Radialis.

Der Grösse nach verschiedene Störungen der Unterleibsorgane können sie begleiten.

Hypertrophie des Herzens kann folgen.

Diese Art Aneurysmen ist sehr selten, und es werden leicht sonstige der Bauchaorta anliegende Geschwülste hiefür gehalten.

Nervöse Pulsationen der Bauchaorta kommen unter den beim Herzklopfen angegebenen Umständen auch vor.

Ueber Verlauf und Therapie der Aorta-Aneurysmen gilt das bei den Herzkrankheiten Gesagte.

Die Ruptur des aneurysmatischen Sackes ist ein hier öfters vorkommender Ausgang und auch häufig dadurch der plötzliche Tod. Es öffnet sich der Sack in die Brusthöhle, in die Luftwege, in die Speiseröhre etc. etc.

IX. Cyanose, Blausucht,

die livide Färbung der Haut, besonders sonst roth gefärbter Theile kommt bei verschiedenen Zuständen (vide 1. Band; Venosität), am exquisitesten bei Herzleiden vor. Dieselbe bezeichnet als solche keinen eigenen Zustand, und ist auch nicht immer auf dasselbe ursächliche Verhältniss zurückzuführen.

Das Offenbleiben des eirunden Loches oder des Botallischen Ganges und die auf solche Weise zu Stande kommen sollende Vermischung des venösen und arteriellen Blutes sind nicht die Ursache der Cyanosis wie es früher allgemein angenommen wurde.

Mit und ohne diesen Zuständen entsteht dann Cyanose, wenn Verengerungen der Arterien und Krankheiten der Klappenapparate in den Circulations-Organen dem Kreislaufe Hindernisse setzen; und dadurch die venöse Stase in den peripherischen Theilen bedingt wird (Rokitansky).

Die Cyanose kann hier auch intermittirend sein, das heisst mit dem zeitweiligen Ausgleichen der Stockungen in der Capillarität sich zeitweise verlieren, wie diess auch bei cyanotischen Erscheinungen entstanden durch Lungenkrankheiten, Gemüthsbewegungen etc. der Gall ist.

Nach Rokitanky kommt die cyanotische Färbung manchmal erst später nach der Geburt, in der Pubertätsperiode zur Ausbildung, wo sie wahrscheinlich erst durch das später sich herausbildende Missverhältniss in der Circulation entsteht.

Bei einzelnen Individuen leidet hiebei die Entwicklung und Ernährung des Körpers gar nicht, bei anderen geht die Entwicklung langsam und unvollständig vor sich, die Muskel bleiben schwach und schlaff, die Wärmeentwicklung ist eine geringere, besonders an den Extremitäten; die Individuen sind sehr schwach, leiden an Catarrhen, Blutungen, Dyspnoe etc. Diese Erscheinungen, begleitet vom blaurothen oder bleigrauen Colorite, welches am deutlichsten an den Lippen, Wangen, an den Nägeln und Genitalien hervortritt, und von den sich manchmal hiebei vorfindigen klöppelförmigen Auftreibungen der Fingerspitzen mit Verkrümmungen der Nägel vollenden das Bild der ehemals als selbstständige Krankheit aufgefassten Cyanose.

In Folge der bestehenden mechanischen Hindernisse entwickeln sich die consecutiven Erweiterungen und Hypertrophien der Herzhöhlen, und es kann in diesen Fällen selbst in jenen der exquisitesten Cyanose nicht anders die sichere Diagnose gemacht werden, als durch genauere Untersuchung und Würdigung der Auscultations- und Percussions-Erscheinungen.

Die Catarrhe, Blutungen, Dyspnoe etc. sind die Folgen der, der Cyanose zu Grunde liegenden Störungen (wie bei anderen Herzfehlern ohne besondere Cyanose), und steigern ihrerseits wieder die Symptome der Blausucht.

Die mangelhafte Entwicklung des Körpers, die Gestaltung der Fingerspitzen etc. kommen auch bei Tuberculösen vor.

Der weitere Verlauf, der folgende Hydrops und der frühzeitige Tod finden auf dieselbe Art ihre Erklärung, wie wir es bei den Herzkrankheiten angedeutet haben.

Prognose und Therapie fällt mit dem dort Gesagten zusammen.

Krankheiten des chylopoëtischen Systems.

A. Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle.

I. Einfache, erythematöse Entzündung der Mundschleimhaut. Stomatitis simplex, erythematosa.

Die Schleimhaut des Mundes, vorzüglich des Zahnfleisches und der Lippen, erscheint geröthet, geschwellt und trocken; manchmal klagt der Kranke über Brennen, manchmal ist die Speichelabsonderung vermehrt.

Ausser nach Einwirkung von scharfen und heissen Stoffen, wo sie im letzteren Falle die geringsten Grade der Verbrennung bezeichnet, ist sie bei Erwachsenen nie selbstständig, und als solche auch bei Kindern nur sehr selten zu beobachten.

Gewöhnlich begleitet sie leichtere Grade der exanthematischen und entzündlichen Prozesse, die Aphthen, manchmal auch den Soor der Mundhöhle, sie stellt sich auch als Wirkung des Mercurs ein etc.

Der gewöhnliche Ausgang ist Zertheilung oder Abschuppung der Epidermis.

Therapie ist ausser Entfernung localer Ursachen und Reinhaltung durch fleissiges Waschen mit kaltem Wasser, keine erforderlich.

II. Croupöse Entzündung, Croup der Mundschleimhaut; Stomatitis crouposa, diphtheritica.

Ist ein exsudativer Prozess, welcher nach vorgängiger Hyperämie der Schleimhaut und ein vorwaltend faserstoffiges Exsudat auf

die freie Fläche der Schleimhaut absetzt; letzteres erscheint in verschiedener Dicke, weisslichgelb, gelbgrünlich gefärbt, wird bräunlich, schwarzbraun, hängt mehr lose oder fest an, unter demselben ist das Corium Schleimhaut blossgelegt, häufig leicht blutend, die Schleimhaut ist succulenter, gewulstet, manchmal durch Infiltration des submucösen Zellstoffes stärker geschwollen.

Stellenweise findet gleichzeitig eine mehr seröse Exsudation unter das Epithelium in Form kleiner, leicht platzender Bläschen statt.

Aus dieser anatomischen Darstellung des Vorganges ergeben sich die Symptome der Röthe, Schwellung und Exsudatbildung. Die Kranken sind an den betreffenden Stellen gegen Berührung, Reibung etc. empfindlich, haben manchmal ein brennendes Gefühl im Munde, speicheln meistens mehr, bluten manchmal aus dem Zahnfleische, manchmal sind auch die Speichel- oder Halsdrüsen etwas geschwellt, die Wangen und die Lippen aufgedunsen.

Dieser Prozess kommt bei Erwachsenen am häufigsten als Theil-erscheinung anderer exsudativer Prozesse, seltener erst in deren Gefolge vor, theilt das Schicksal derselben im weiteren Verlaufe, und steht gewöhnlich an Wichtigkeit den anderen Zufällen nach.

Häufig ist er bei Masern, Blattern, dem Typhus, bei Pneumonien, Dysenterien etc. zu sehen.

Die im Verlaufe des Scorbuts, aber nur selten, sich einstellende Exsudation der Mundschleimhaut mit schmutzigen, dünnen, blutigen Exsudate wird von Manchen speciell als Stomatitis scorbutica und die nach dem Gebrauche von Mercur sich einstellende Form als Stomatitis mercurialis beschrieben.

Bei Exanthemen kömmt dieser Croup gewöhnlich gleich in den ersten Tagen zum Vorscheine und verläuft unter allmähliger Abstossung des Exsudats noch viel früher, ehe der eigentliche Prozess abgelaufen ist; bei Typhus steht er gewöhnlich länger, und entwickelt sich auch später, das Exsudat erreicht hier eine grosse Mächtigkeit der Schichten, wird missfärbig, übelriechend, hindert die Beweglichkeit der Lippen, der Zunge, bedingt stärkere Blutungen aus dem Zahnfleische etc.

Die nach Mercurialgebrauch entstehende Stomatitis geht mit stärkerem Speichelflusse, übelriechendem Athem, starker Schwellung und Lockerung der Schleimhaut einher; der Exsudation folgen gewöhnlich umschriebene Errosionen der Schleimhaut, die sogenannten Mercurialgeschwüre.

Der häufigste Sitz der Ablagerung ist die Schleimhaut des Zahn-

fleisches, von da greift die Exsudation auf die Schleimhaut der Wangen, der Lippen über, manchmal liegt dasselbe Exsudat auf den seitlichen Theilen, selten auf dem Rücken der Zunge, und noch seltener greift die Exsudation bis auf die Gebilde der Rachenhöhle über.

In den meisten Fällen ist keine eigentliche Therapie erforderlich. Kaltes Wasser und fleissiges Reinhalten des Mundes, nach Umständen vorsichtiges Entfernen der dickeren Exsudatschichten und bei fortgesetzter Exsudation: Waschen mit verdünntem Essig, mit Boraxlösung, Alaun etc. sind in den verschiedenen Fällen angezeigt.

Bei scorbutischer Stomatitis gilt die Behandlung des Scorbuts, bei der mercuriellen wird der fernere Gebrauch des Mercurs sistirt und nach Umständen Jodkali gegeben (vide 1. Band).

Bei Kindern kommt die Stomatitis diphtheritica (der Mundhöhlencroup) häufiger als bei Erwachsenen, und nicht allein unter den genannten Verhältnissen, sondern auch theils mehr selbstständig, theils epidemisch und in Kinderspitälern endemisch vor. Häufiger ist sie bei schwächlichen und in ungünstigen Verhältnissen lebenden Kindern, häufiger an der linken Seite der Mundhöhle als rechts, häufiger an der Unter- als auf der Oberlippe (Bednař).

Die Therapie hat hier noch besonders den anämischen geschwächten Zustand des Patienten in's Auge zu fassen, und es sind örtlich Adstringentia zu gebrauchen.

III. Mundfäule, Stomacace; Stomatitis gangraenosa.

Stomacace ist eigentlich als Ausgang der Stomatitis crouposa derart zu betrachten, dass in einzelnen Fällen nach vorausgegangenem, sehr kurz dauernden Exsudativ-Prozesse der Mundschleimhaut sowohl das Exsudat als die unterliegende Schleimhaut brandig zerfällt, der Prozess rasch weiter greift, und eine von der Schleimhaut ausgehende Zerstörung der Lippen und Wangen in verschiedener Ausbreitung darstellt.

Die Knochen können bei höheren Graden blossgelegt, selbst morsch und brüchig werden.

Nach unseren gegenwärtigen Erfahrungen kommt dieser Prozess bei Erwachsenen nur sehr selten, und nie als primitive Erkrankung vor. Ich habe denselben beobachtet im weiteren Verlaufe des Typhus (bei sonst nicht ausgesprochener Blutsepsis), bei Scorbut überhaupt und bei Mercurial-Scorbut.

Höhere Grade verlaufen sehr rasch, tödten durch Pyämie oder

durch Blutungen; in anderen Fällen setzen sie bedeutende, entstellende Substanzverluste der Weichtheile des Gesichtes; oder es tritt früher schon die reactive Entzündung auf, und die Substanzverluste der Schleimhaut etc. sind nicht bedeutend, gleichen sich selbst wieder aus.

Liegt der Kranke nicht im hochgradigen Sopor bei Typhus dahin, so ist derselbe gewöhnlich von grossen Schmerzen geplagt, überdiess am Sprechen, Schlingen, Athmen gehindert. Der grosse Gestank der sich ablösenden Gewebstrümmer und des ausfliessenden Ichors ist sowohl dem Kranken als der Umgebung lästig. Die Wangen und Lippen sind geschwollen, so auch die nahe gelegenen Drüsen.

Bei Scorbut sind es gerade nicht die hohen, mit starken Blutungen in die Haut und Muskelumhüllungen etc. einhergehenden Fälle, wo Stomacace sich ausbilden möchte; im Gegentheile kann letztere mit geringen Zeichen des Scorbuts einhergehen. Uebrigens ist Stomacace bei Scorbut (wo auch Stomatitis nur selten zu sehen) ungemein selten, und die localen Symptome derselben bleiben den eben angegebenen gleich, und sind dem Grade nach verschieden. In den geringeren Graden macht der ganze Prozess keine grossen Fortschritte und bleibt selbst auf einzelne Stellen beschränkt.

Ueber die Dauer und den weiteren Verlauf lässt sich nichts Bestimmtes sagen.

Auch von den näheren ätiologischen Momenten für das seltene Auftreten von Stomacace bei Typhus und Scorbut lässt sich nichts Genaueres angeben; nur so viel kann ich behaupten, dass dasselbe in mangelhafter Reinhaltung und Pflege des Kranken nicht immer Gesucht werden kann, und dass weder der Grad des Typhusprozesses, noch der des Scorbuts die nächsten Ursachen sind.

Was die Therapie anbelangt, so wurde das Nöthige bei Typhus, Pyämie und Scorbut gesagt. Oertlich werden Säuren, Creosot, Jodtinktur, Chlorkalk, Kohle angewendet, und wo die locale Behandlung mehr fordert, gehört sie dem Gebiete der Chirurgie an.

Die strengste Reinhaltung des Kranken, fleissige Entfernung des Secretes aus seiner Umgebung sind nothwendig. Das Verschlucken der jauchigen Flüssigkeit muss gemieden werden.

Bei Kindern wird Stomacace wieder häufiger gesehen und kann auch epidemisch auftreten.

Fieber und croupöse Exsudation der Mundschleimhaut, manch-

mal auch blutige Diarrhoe, gehen dem brandigen Zerfallen voraus. In der Mehrzahl der Fälle sind gleichzeitig Petechien in der Haut, Blutungen der Lungen, des Darmes etc. (Zeichen der scorbutischen Blutmischung) zu beobachten; die localen Symptome weichen von jenen bei Erwachsenen nicht ab.

Die Grade des Leidens sind nicht selten bedeutend. Der Verlauf ist entweder ein mehr langsamer, dabei die Ausbreitung des Prozesses gering, oder nur nach förmlichen Stillständen um sich greifend, oder sehr acut; demnach die Dauer von einigen Tagen bis in die Wochen.

Stomacace wird im Verlaufe der Masern, der Pocken, der Tuberculose gesehen, befällt aber auch ganz gesunde Kinder. Eine dem Scorbut ähnliche Blutdyskrasie wird als Ursache angesehen (Bednař).

Stomacace wird auch als Stomatitis ulcerosa, Gangraena oris, Gangraena scorbutica, Stomatyphus bezeichnet.

Stomatitis diphtheritica wird bei ihrem epidemischen Vorkommen (vorzüglich bei Kindern) und bei dem (nicht aber in allen Fällen nothwendig) erfolgenden Ausgange in Stomacace auch als Fégar, Fégarite beschrieben.

IV. Wasserkrebs, Wangenfäule, Cancer aquaticus, Noma, Stomatonecrosis,

auch Gangraene oris genannt, kommt fast nur bei Kindern vor, und ist in seinem Endresultate von Stomacace nicht verschieden, d. h. er führt brandige Zerstörung der Wangen, der Lippen, Blosslegung selbst Zerstörung der Gesichtsknochen herbei; unterscheidet sich aber von Stomacace dadurch, dass er schmerzlos verläuft, von einer umschriebenen Stelle, gewöhnlich der Wange (seltener der Lippe) ausgeht, und sich anfangs als härtlicher Knochen darstellt, welcher sich bald in ein missfärbiges Geschwür der Schleimhaut umwandelt, in dessen Tiefe der härtliche Grund zu fühlen ist. Das Geschwür belästiget auch nicht viel, die Kinder essen dabei ungehindert, speicheln etwas mehr, stinken aus dem Munde, die Wange ist gewöhnlich geschwollen, manchmal auch die Speicheldrüsen.

Das Geschwür greift langsamer oder rascher um sich, führt zur Durchlöcherung oder zur brandigen Zerstörung sämmtlicher Weichtheile der Wange etc., was auch binnen 3 — 8 Tagen geschehen sein kann.

Im weiteren Verlaufe bei höherer Ausbreitung des Leidens kommt es zu Fieber, Appetitmangel, Schwäche, pyämischen Zufällen, Blutungen, Diarrhoen etc. etc.

Höhere Grade werden durch die Pyämie oder durch Blutungen und Schwäche tödtlich.

Der günstige Ausgang erfolgt auf dem Wege einer reaktiven, heilenden Entzündung.

Der Wasserkrebs ist auch häufiger an der linken Wange gesehen worden, als rechts; gewöhnlich ist er ein secundärer Prozess und kommt nach Exanthemen, Keuchhusten, Dysenterie, nach Typhus, Intermittens, bei Tuberculose etc. vor. Epidemisch wurde er nicht beobachtet. Die Kranken sind gewöhnlich geschwächte, in Noth und Armuth lebende Kinder.

Aehnlichkeit. Der Carbunkel (Anthrax) der Wange, der für Noma gehalten werden könnte, beginnt stets in der äusseren Haut und entsteht daselbst unter grossen Schmerzen.

Behandlung. Diese ist mehr eine locale und strebt anfangs durch Cauterisation dem brandigen Umsichgreifen Schranken zu setzen. (Ist Gegenstand der Chirurgie.)

Bezugs der Kost, des Regime's und der allenfalls darzureichenden Medikamente: Chinin, Säuren, Eisen etc. gelten die bekannten Anzeigen.

V. Zungen-Entzündung, Glossitis.

Man unterscheidet eine oberflächliche (Glossitis superficialis auch mucosa) und eine parenchymatöse (Glossitis parenchymatosa).

Die Glossitis superficialis hat die Zeichen der Stomatitis und ist bald eine erythematöse, bald eine exsudative. Sie kömmt gewöhnlich im Gefolge der Stomatitis und ganz unter denselben Verhältnissen vor.

Ausgänge und Therapie sind auch dieselben.

Bei der parenchymatösen Zungenentzündung ist starkes Fieber zugegen, mit welchem manchmal die Krankheit beginnt. Die Zunge ist hart, dunkel geröthet und geschwollen, ihre Ränder und die Spitze sind abgerundet; dieselbe füllt die Mundhöhle aus, drückt nach rückwärts auf den Kehldeckel, fühlt sich unter dem Unterkiefer als feste Geschwulst an und tritt selbst zwischen den Zähnen hervor. Die Zunge ist sehr schmerzhaft, die Schmerzen sind von verschiedener Qualität und werden durch Berührung gesteigert. Die Bewegung der Zunge ist aufgehoben, daher Sprechen und Schlingen unmöglich. Die Oberfläche derselben ist mit dickem zähem Schleime oder einem festanhängen-

den, verschieden dicken, weisslichen oder gefärbten, manchmal mehr trockenen Exsudate bedeckt; nicht selten durch mechanische Reizung der Zähne blutend.

Aus dem offen stehenden Munde fliesst viel Speichel oder Schleim heraus. Die Speicheldrüsen so wie Lymphdrüsen am Halse sind geschwollen.

In Folge des behinderten Athmens kommt es zu suffocatorischen Anfällen, in Folge des Druckes auf die Halsgefässe zu Hirnhyperämien.

Die Ursachen der phlegmonösen Form, die übrigens eine seltene Krankheit ist, sind entweder örtliche Verletzungen durch scharfe Zahnspitzen, Zerbeissen im Anfalle von Convulsionen oder Verbrennung, Anätzung durch scharfe Gifte. Sie kann auch psyctischen Ursprungs sein, oder secundär nach Wirkung des Mercur's, nach Typhus, bei Pyämie etc. allein oder mit Stomatitis und Angina auftreten.

Sie ist ferner nicht immer eine allgemeine, sondern eine auf eine Stelle oder die Hälfte der Zunge beschränkte.

Ihr Verlauf ist gewöhnlich sehr acut, nicht über 7 Tage, häufiger ist sie schon früher beendet.

Ihre Ausgänge sind Zertheilung, Eiterung, manchmal theilweise Erhärtung oder Brand der Zunge; wenn nicht früher der Tod durch Erstickung oder Hirnhyperämie eintritt.

Die Behandlung hat nebst Entfernung der allenfalls noch fortwirkenden Schädlichkeiten eine stärkere Antiphlogose anzustreben. Locale Blutentziehungen, am besten tiefe Scarificationen von der oberen Fläche aus gemacht; und die Anwendung der Kälte in Form von Eispillen, Eiswasser im Munde gehalten, oder als Umschlag auf den Hals leisten das Meiste. Sind Scarificationen nicht möglich, so werden sie durch Blutegel unter das Kinn, an den Hals etc. ersetzt. Bei drohender Gefahr und raschem Verlaufe ist auch eine Venäsection vorzunehmen.

Reinigung der Zunge von dem anhängenden Schleime und Exsudate, Bestreichen der Zunge mit Milch, Rahm, Oel etc. sind nach Thunlichkeit nicht zu versäumen.

Innerlich sucht man, wenn der Kranke Schlingen kann, ableitend auf den Darmkanal zu wirken (aber nicht durch Calomel); ist diess nicht ausführbar, so lässt man eröffnende Klystiere setzen etc.

Die Behandlung der Ausgänge und der Complicationen hat hier nichts Abweichendes.

Der Zungenbeleg, dessen Menge, Farbe, Consistenz etc. eine sehr verschiedene sein kann, begleitet oft die verschiedenen Catarrhe und Hyperämien der Mundschleimhaut; besteht aber häufig ohne allen anderen Zeichen dieser Zustände. Er entsteht vorzüglich durch Verdunstung der wässerigen Bestandtheile des Speichels, fehlt in geringen Graden selbst bei ganz Gesunden nicht, und besteht vorzugsweise aus Epithelien, aus den von diesen zusammengesetzten Platten, und aus Schleimkugeln, welchen Fetttröpfchen, kleine nadelförmige Körper, Kalksalze, Infusorien und Speisereste beigemischt sind. Die Trockenheit des Beleges, so wie die der Zunge wird durch das Athmen mit offenen Mund (im Schlafe, Sopor) erzeugt, und ist bei starker Fieberhitze hochgradiger.

Grössere Mengen des Zungenbeleges finden sich bei Leuten, welche durch Tabakrauchen, Unreinlichkeit des Mundes etc. einen gewissen Reizungszustand und vermehrte Secretion des Epitheliums unterhalten. Sie finden sich aber auch bei Krankheiten der Magen- und Darmschleimhaut, wenn auch nicht so constant und von jener Bedeutung, wie selbe von älteren Aerzten dem Zungenbelege überhaupt zugeschrieben wurde.

VI. Die Ohrspeicheldrüsen-Entzündung, Parotitis.

Den Symptomen nach lässt es sich nicht angeben, ob im concreten Falle die Drüse selbst, oder nur das sie umhüllende Zellgewebe der eigentliche Sitz der Entzündung sei; in leichteren Fällen mag häufig bloss das zweite statt finden.

Parotitis ist entweder ein selbstständiger Prozess, und kommt als solcher gewöhnlich nach Verkühlung, manchmal epidemisch in kalter feuchter Jahreszeit und bei jüngeren Leuten vor. (Parotitis epidemica idiopathica specifica, Bauernwetzel, Mumps, Ziegenpeter.) Oder es kommt dieser Prozess secundär im Verlaufe des Typhus, des Scharlachs, der Pyämie etc. zu Stande (Parotitis secundaria, auch matastatica).

Krankheitsbild.

Die idiopathische wird gewöhnlich von Fieber begleitet; dasselbe geht manchmal einige Tage der Localaffection voraus, und es sind zugleich Hirnhyperämien, catarrhalische oder rheumatische Zufälle vorhanden. Das Fieber ist in manchen Fällen hochgradig, in anderen nicht, kann starke Remissionen, oder wie ich es beobachtete, selbst vollkommene Intermissionen beobachten.

Die localen Symptome sind: eine schmerzhafte, heisse, verschieden grosse, mehr harte oder weich elastische Geschwulst vor, unter oder hinter dem äusseren Gehörgange, die Haut darüber gewöhnlich roth; das Oeffnen des Mundes, das Kauen und gewöhnlich auch das Schlingen gehindert oder schmerzhaft; die kranke Gesichtshälfte er-

scheint gedunsen, der Ausdruck verändert, die Begränzungen des Gesichtes und des Halses nicht selten verschwunden, und die Haut in grösserer Ausdehnung daselbst serös infiltrirt.

Catarrh der Rachenhöhlenschleimhaut, Ohrenschmerz, Schwellung der Submaxillar-Drüsen sind häufige Begleiter.

Die Local-Affection ist manchmal einseitig, oder sie findet an beiden Seiten statt, und zwar entweder sind beide Drüsen gleichzeitig, oder abwechselnd eine nach der andern befallen.

Zwischen Fieber und Local-Affection besteht kein constantes Verhältniss, d. h. ersteres ist oft gering, letztere gross, nicht aber umgekehrt.

Höhere Grade des Leidens sind gewöhnlich von stärkerer Hirnhyperämie begleitet.

Die secundäre Form hat im Allgemeinen dieselben localen Symptome, manchmal ist sie weniger schmerzhaft, die Haut nicht geröthet, übrigens sind der Grad des Fiebers, der Grad und die Form der begleitenden Symptome und Zustände nach dem Grundleiden und der Zeit, wann Parotitis im Verlaufe desselben eintritt, ganz verschieden.

Verlauf und Dauer.

Die idiopathische verläuft gewöhnlich acut oder subacut, von 8 Tagen bis 3 Wochen; oft kommen hohe Grade rasch zu Stande und gehen eben so schnell zurück.

Die secundären Formen ziehen sich, wenn nicht das ganze Leiden tödtlich abläuft, gewöhnlich in die Länge, weil sie häufig in Eiterung übergehen.

Der Verlauf der idiopathischen Form ist durch eine gewisse Flüchtigkeit und die sogenannten Metastasen des Prozesses ausgezeichnet. Es gehören hieher die rasche Verbreitung oder das Ueberspringen des Leidens von einer Parotis auf die andere; die rasche Ausbildung von Entzündung des Nebenhodens und des Hodensackes bei Männern, der Schamlippen, seltener der Brüste bei Weibern, welche bei gleichem Bestande oder unter Abnahme der Parotitis sich ausbilden, ja mit letzterer abwechseln können; endlich ein ähnliches Verhalten zwischen Parotitis und entzündlichen Affectionen anderer Organe, besonders der Hirnhäute.

Ich habe eine idiopathische Parotitis bei einen jungen Menschen nach kurzer Dauer ziemlich rasch sich zertheilen gesehen; an. zweiten Tage darnach kam es zur stürmischen Ausbildung einer Meningitis; nach deren Bekämpfung sich abermals eine mässige Schwellung in der Ohrgegend etc. einstellte.

Secundäre Parotitis ist in späterer Zeit des Typhus nicht selten vom günstigen Einflusse auf den übrigen Verlauf; mit dem Eintritte derselben mässigen sich alle übrigen Symptome, und es geht das Gesammtleiden gewöhnlich mit Eiterung der Parotitis rasch der Heilung zu. Schlecht hingegen und immer auch acut gestaltet sich der Verlauf dann, wenn Parotitis in der früheren Zeit des Typhus, der Exantheme oder bei Pyämie sich ausbildet. Diese letztere Form wird von manchen Auctoren als symptomatische, die andere secundäre Form als metastatische Parotitis bezeichnet.

Die Ausgänge sind:

1. Zertheilung, am häufigsten bei der idiopathischen Form. Die Krisen sind die gewöhnlichen, manchmal gehört Nasenbluten und starke Speichelsecretion hieher.

Die Zertheilung der Entzündungsgeschwulst geht manchmal langsamer, und es bestehen geringere Grade derselben noch länger über die Krisen des Gesammtprozesses fort.

2. Eiterung ist häufiger bei den secundären Formen, kommt aber auch bei den idiopathischen in manchen Epidemien nicht selten vor.

Die diesen Ausgang begleitenden Symptome sind dieselben, wie bei anderen Eiterungen. Der Eiter entleert sich manchmal in den äusseren Gehörgang, es kommt zum länger dauernden Ohrenfluss.

3. Verjauchung kann bei Typhus, Pyämie etc. eben so gut wie Eiterung eintreten.

4. Verhärtung, partielle oder mehr verbreitete. Soll bei Scrophulösen und in Folge schlechter Behandlung beobachtet werden.

5. Der Tod kann erfolgen durch die mögliche Meningitis, seltener durch die Folgen des Druckes auf die Halsgefässe (Hirn- oder Lungen-Hyperämie), oder durch folgende Pyämie bei der primären Form; bei secundären Formen tritt der tödtliche Ausgang des primären Leidens beim Hinzutreten der Parotitis häufiger ein, oder es kann hier leichter tödtliche Pyämie dem Ausgange in Eiterung (der Parotitis) folgen.

Die Prognose ist bei der idiopathischen Form nicht ungünstig; in der überwiegenden Mehrzahl verläuft sie ohne Gefahr; doch darf man sie keineswegs zu den ganz leichten Erkrankungen zählen. Auch muss bei epidemischem Vorkommen der Charakter der Epidemie berücksichtiget werden.

Bei den secundären zu Typhus, Scharlach etc. hinzutretenden Formen ist die Prognose dann nicht ungünstig, wenn sich Parotitis in späterer Zeit einstellt, wenn sie nicht hochgradig ist und sie sich

unter rascher Besserung des sonstigen Zustandes ausbildet. Unter den entgegengesetzten Umständen ist die Prognose stets zweifelhaft, und bei höheren Graden ist immer, wenn auch sonst der Zustand schon gefahrlos erscheint, nachfolgende Pyämie zu fürchten.

Die Therapie hat in hochgradigen Fällen der idiopathischen Form wegen der möglichen Wandelbarkeit des Prozesses die nöthige Antiphlogose nicht zu scheuen. Höhere Grade des Localprozesses, besonders mit stärkeren Hirn-Hyperämien erfordern die Anwendung von Blutegel und Ableitungen durch den Darmkanal. Kalte Umschläge werden nicht gut vertragen und sind auch gewöhnlich erfolglos; besser ist trockene Bedeckung oder leichte feuchtwarme Umschläge; am besten die Einpinselung mit Jodtinktur gleich vom Anfange an. Mit dieser Einpinselung und einem strengen gegen Verkühlung schützenden Regime (welches in allen Fällen über die Dauer des Leidens noch fortzusetzen ist) reicht man in leichteren Fällen aus. Auch kann man kleine Dosen Tartarus emeticus oder Liquor ammonii acetici geben.

Bei der mit Intermission des Fiebers verlaufenden Form wird gewiss Chinin nicht ohne Erfolg, nebst der andern Therapie, angewendet werden.

Die Ausgänge in Eiterung und Erhärtung werden so wie bei anderen Drüsenleiden behandelt.

Dasselbe gilt von der Behandlung der sogenannten Metastasen, sie machen von anderen Affectionen gleicher Form keine Ausnahme.

Bei der secundären Parotitis sind da, wo sie sich als kritischer Vorgang für den anderen Prozess gestaltet, warme Umschläge, erweichende Pflaster, Jodtinktur, Jodsalbe angezeigt. In den anderen Fällen sind gewöhnlich alle Versuche die Entzündung zertheilen zu wollen ohne Erfolg.

VII. Die catarrhalische Entzündung der Rachenschleimhaut. Isthmitis, Angina faucium catarrhalis.

Man versteht unter diesem Collectiv-Namen die catarrhalische Affection des Gaumensegels, der Tonsillen und der Schleimhaut des Pharynx.

Wenn auch einzelne dieser Theile für sich entzündet sein können, so sind sie gewöhnlich mehr weniger gleichzeitig betheiliget, und es haben die genaueren Bezeichnungen: Angina palatina, tonsillaris, uvularis, pharyngea etc. keinen weiteren Werth.

Krankheitsbild.

Die Schleimhaut ist mehr geröthet, bald mehr gleichförmig, bald mehr fleckig oder gestreift; sie ist geschwellt und mit einer grösseren Menge theils mehr dünnen serösen, theils mehr dicklichen, gelblichen Schleimes bedeckt. Die Tonsillen sind geschwollen, geröthet, ihre einzelnen Schleimdrüsen ragen in Form kleinerer oder grösserer Knötchen hervor, auch sind sie mit demselben schleimigen Exsudate bedeckt; ihre Geschwulst ist manchmal so gross, dass sie sich gegenseitig zu berühren scheinen, das Zäpfchen einklemmen, und den Isthmus faucium fast ganz ausfüllen. Auf den Tonsillen, seltener an einer anderen Stelle der entzündeten Schleimhaut sind nach kurzer Zeit einzelne oder mehrere kleine Pusteln (Angina pustulosa) zu sehen, und nach dem Platzen derselben bleiben deutliche Vertiefungen, Aphthen ähnliche Geschwürchen nicht selten längere Zeit zurück. Das entzündete Zäpfchen ist geröthet, verlängert, weniger beweglich, liegt meistens mit seiner Spitze der Zungenwurzel an, und ist mehr weniger geschwollen. Die Geschwulst des Zäpfchens und des Randes des weichen Gaumens ist nicht selten ödematös (Angina oedematosa), oder es sind stellenweise an der geschwollenen Schleimhaut kleine Bläschen, Phlyctänen zu sehen (Angina vesiculosa) etc. etc.

Ausser diesen materiellen Veränderungen, von deren Gegenwart man sich durch Inspection der Rachenhöhle überzeugt, gehören noch folgende Symptome der catarrhalischen Halsentzündung an, welche nicht immer in demselben Grade vorhanden sind:

Der Kranke empfindet beim Schlingen Schmerz, hat im Rachen das Gefühl der Trockenheit, der Hitze, macht unwillkührliche Schlingversuche (leeres Schlucken), wird zum häufigen Räuspern veranlasst, welches entweder erfolglos bleibt, oder es wird schleimiges, seröses Secret dadurch herausbefördert; in höheren Graden ist das Schlucken ganz gehindert, Flüssigkeiten werden beim Versuche sie zu schlucken durch die Nase zurückgestossen, oder gelangen theilweise in den Kehlkopf und erzeugen Hustenanfälle. Durch Druck auf die äussere, den Tonsillen und der Rachenhöhle entsprechende Gegend wird der Schmerz gesteigert, die geschwollenen Tonsillen sind hier fühlbar, oft die ganze Gegend daselbst durch gleichzeitige submucöse Infiltration geschwellt, gedunsen. Wegen Geschwulst und Spannung kann der Kranke manchmal den Mund nicht gehörig öffnen. Der Kranke hat einen üblen Geschmack, riecht übel aus dem Munde, die Zunge ist mehr weniger dick weisslich, weissgelblich belegt. Die Stimme ist näselnd, manchmal heiser. Die Speichelabsonderung ist gewöhnlich

eine reichlichere. Das Athmen nicht selten beeinträchtiget, der Kranke athmet mit offenem Munde oder das Athmen ist gewaltsam, schnarchend.

In höheren Graden selbst Erscheinungen der Strangulation: ein purpurrothes livides Gesicht, Kopfschmerz, Anschwellung der Jugularvenen, grosse Athemnoth etc.

Setzt sich der Catarrh in die Eustachische Ohrtrompete fort, was gewöhnlich geschieht, dann ist Ohrenschmerz, Schwerhörigkeit, Sausen im Ohre etc. vorhanden. Manchmal sind auch die Submaxillardrüsen geschwollen.

Fieber fehlt, ausser bei geringen Graden, nicht, ist häufiger hochgradig, durch starke Exacerbationen und stärkere Hirnhyperämien ausgezeichnet.

Hat die Entzündung hren Sitz im unteren Theile des Pharynx (Pharyngitis inferior), so sind die materiellen Veränderungen manchmal gar nicht sichtbar und man macht die Diagnose aus dem Schmerze beim Schlingen und dem Schmerze beim Druck von Aussen etc. etc.

Als Varietät der catarrhalischen Angina ist die sogenannte phlegmonöse Entzündung des Rachens zu betrachten. Intensive Schwellung der Rachenhöhlenschleimhaut, der Tonsillen, Infiltration des submucösen, manchmal auch des subcutanen Zellstoffes am Halse; daher grosse Geschwulst, starke Schling- und Athembeschwerden, hohes Fieber, starke Hirnhyperämien etc.

Aetiologie.

Angina kommt häufiger bei jüngeren Leuten und vorzüglich bei Kindern vor, ist häufig ein idiopathischer Prozess und als solcher manchmal epidemisch.

Die häufigste, fast ausschliessliche Veranlassung für diese Fälle sind Verkühlungen.

Sie kommt ferner als Begleitung anderer Entzündungen und Catarrhe der Respirations- und Darmschleimhaut, der Stomatitis, der Parotitis, bei Rothlauf, Blattern, Scharlach, selten bei Typhus vor.

Ist Vorläufer und Begleiter der syphilitischen Affectionen, und kommt häufig bei scrophulösen Kindern und erwachsenen tuberculösen Individuen vor.

Sporadische Fälle werden auch durch mechanische Reize, scharfe, ätzende etc. Stoffe erzeugt.

Verlauf, Dauer.

Der Verlauf ist bei den selbstständigen Formen gewöhnlich acut; die Dauer nicht bestimmt, von 2 — 14 Tagen. Der Uebergang in

die sogenannte chronische Form geschieht gewöhnlich nach wiederholten Anfällen des acuten Prozesses.

Die secundäre oder sonst abhängige richtet sich in der Verlaufsweise und der Dauer nach der Grundkrankheit.

Ausgänge.

1. Zertheilung. Ist bei der rein catarrhalischen Form ein häufiger Ausgang.

Der Prozess kann gleich in den ersten Stunden coupirt werden, oder es treten, wenn diess nicht geschieht, später zu unbestimmter Zeit Krisen und Abnahme der Symptome ein. Bei hochgradigen und phlegmonösen Formen ist Nasenbluten manchmal entscheidend.

Röthe, Schwellung, Empfindlichkeit und Geneigtheit zu Recidiven bleiben noch einige Zeit.

2. Eiterung. Theilweise Eiterung in Form kleiner Herde (Eiterpunkte, Pusteln) besonders an der Oberfläche der Tonsillen kommt sehr häufig, meistens gleich in den ersten Tagen vor. Die in Form kleiner blasiger Erhabenheiten sich darstellenden Herde sind manchmal an Zahl gering, manchmal zahlreich, bilden sich gleichzeitig oder nach einander; nach ihrem Platzen stellt sich Nachlass und Abnahme der Symptome ein; der Eiter kann sich im Sputum finden, häufiger wird er verschluckt. Geschwüre bleiben nach diesen Pusteln nicht zurück.

Die Ausbildung grösserer Abscesse in den Tonsillen, in dem submucösen Zellstoffe (Retropharyngeal-Abscesse) oder in den Unterkieferdrüsen, wie selbe seltener bei der catarrhalischen, häufiger bei der phlegmonösen Form zu beobachten ist, geschieht gewöhnlich langsamer; Schmerzen, Geschwulst, Fieber, Unruhe, Schlaflosigkeit etc. dauern fort, leichtere Frostanfälle stellen sich ein.

Grössere Abscesse setzen bedeutende Athemnoth, machen das Schlingen unmöglich, es kommt zu Erstickungsanfällen etc. und es stellen sich diese Symptome manchmal erst mit der Ausbildung des Abscesses ein, nachdem früher die Zeichen der Entzündung selbst ganz gering waren, so in den ohne Phlegmone zu Stande kommenden Eiterungen.

3. Geschwürsbildung kommt der reinen catarrhalischen Form nicht zu, und es ist solche nur bei syphilitischen oder scrophulösen Individuen zu beobachten; diese Geschwüre kommen auch ohne bedeutende Erscheinungen des Catarrhs zu Stande, und es liegt weniger in der Form der Geschwüre, als in den begleitenden übrigen

Affectionen, um syphilitische Geschwüre von den scrophulösen zu unterscheiden.

4. Seltener nach dem einmaligen Auftreten einer acuten Angina, als nach deren wiederholten Erscheinen bleibt eine sehr grosse Geneigtheit zu dieser Krankheit zurück, so dass sie nach der geringsten Veranlassung sich gleich wieder einstellt; hier ist es, wo nach dem Ablaufe der späteren acuten Anfälle die Schleimhaut oder die Tonsillen nicht mehr zu ihrer Norm zurückkehren.

Durch öfteres Recidiviren der Angina auf diese Art kommt es zum chronischen Catarrh der Rachenschleimhaut, zur Hypertrophie der Tonsillen, oder wenn in den letzteren häufig Pustelbildungen vorgekommen sind, nehmen sie durch Schrumpfung an Volumen ab.

a) Der chronische Rachen-Catarrh (Angina chronica, habitualis, clericorum etc.) geht am häufigsten aus den Rezidiven des acuten hervor, bildet sich aber auch manchmal gleich ursprünglich als solcher aus in Begleitung des chronischen Kehlkopf-Catarrhs unter den dort angegebenen Verhältnissen und bei Säufern.

Zeitweise Schlingbeschwerden und Schmerz im Rachen, häufiges Räuspern, leeres Schlucken, der Auswurf eines dicklichen bröcklichen Schleimes, besonders am Morgen nach langen Räuspern, oder Trockensein des Halses, verlegte Stimme, Reiz zum Schlucken, Räuspern nach längeren Sprechen etc. und besonders die Geneigtheit zu mehr acuter Reizung sind seine Zeichen; deren Bestätigung durch die Inspection der Rachenschleimhaut gewonnen wird.

b) Die hypertrophirten Tonsillen, welche auch angeboren sein können, kommen häufiger bei scrophulösen Kindern, vorzüglich nach Anginen vor, und sind ihrerseits wieder die Ursache zu erneuerten acuten Halsentzündungen. Manchmal ist bloss eine, gewöhnlich beide Tonsillen vergrössert, nicht selten derart, dass sie sich fast berühren; das Gaumensegel wird dadurch stark gehoben, die hintere Nasenöffnung und der Eingang in die Tubae Eustachii verengert. Schmerzhaft sind diese Drüsen nicht, obwohl zeitweise empfindlich; häufiges Räuspern mit schleimigem Auswurfe oder leichtes Austrocknen des Halses belästigt die Kleinen. Höhere Grade setzen bleibendes Hinderniss dem Athmen, der Sprache, stören das Gehör etc. etc.

5. Hochgradige phlegmonöse Formen sollen auch durch Hirnhyperämie oder Suffocation etc. tödlich werden können.

Aehnlichkeit.

Die Rachenaffection bei Scharlach kann leicht für Angina catarrhalis gehalten werden. Bei Scharlach ist jedoch die Schwellung

und Secretion der Schleimhaut und Tonsillen gewöhnlich geringer (mit Ausnahme bei sogenannten entzündlichen Scharlach); das Fieber ungewöhnlich gross, die Haut heiss, trocken etc. Nicht immer ist die Diagnose ausser dem Bereiche der Epidemie vor dem Ausbruche des Exanthems möglich.

Der Rachen-Catarrh am Anfange des Blattern-Prozesses hat nichts Diagnostisches, und wenn nicht das starke Fieber, die gastrischen Symptome oder der Genius epidemicus die Diagnose feststellen; so geschieht diess erst, wenn am 2.—3. Tage einige Pustelchen nicht bloss an den Tonsillen, sondern auch am weichen Gaumen etc. erscheinen.

Die syphilitische Affection wird durch das langsame Ausbilden, durch die folgende Geschwür- oder Exsudatbildung, die vorausgegangene primäre Affection und die gleichzeitigen anderen Formen, allgemeines Lymphdrüsenleiden etc. diagnostizirt.

Gleichzeitiges Drüsenleiden, Ablagerungen in den Lungen bei Erwachsenen, übles Aussehen, Abmagerung etc. lassen die Scrophulose erkennen; nachfolgende Geschwüre oder hartnäckige Excoriationen, wiederholte Pustelbildung bestätigen die Diagnose.

Der Rheumatismus Pharyngis, (Réquin) die Angina rheumatica, muscularis (anderer Auctoren) gibt sich durch eine mehr weniger heftige Dysphagie zu erkennen, wobei der Kranke fühlt, dass sie von der Schwierigkeit und Schmerzhaftigkeit in den Bewegungen der Muskel abhängt. Gewöhnlich ist Rheumatismus der Nacken- oder Halsmuskel gleichzeitig vorhanden; die Schleimhaut des Rachens ist normal.

Prognose.

Die acute Form ist häufig sehr schmerzhaft, die phlegmonöse kann dem Leben gefährlich sein.

Die Complication mit Catarrh des Kehlkopfes, der Bronchien etc. steigert die Lästigkeit der Zufälle. Lästig ist der Prozess durch sein leichtes und häufiges Recidiviren. Hypertrophirte Mandeln, wenn sie das Athmen bleibend behindern, setzen die Vegetation des Körpers herab.

Therapie.

Geringere Grade weichen einem strengen Regime, warmen Einhüllungen oder Fetteinreibungen des Halses.

Kaltes Wasser im Rachen gehalten, kalte Umschläge am Halse, ein Senfteig coupiren manchmal den Prozess; so auch ein erregen-

der Umschlcg eine oder ein paar folgende Nächte um den Hals getragen.

Bei geringem Fieber, mässiger Schwellung und mehr lästigen, schmerzhaften Schlingen thut Belladonna (Extractum Belladonnae $\frac{1}{12}$—$\frac{1}{6}$ Gran alle 2—3 Stunden) gute Dienste.

Bei grösserer Schwellung der Tonsillen, beginnenden Eiterpunkten auf denselben, grösserer Schleimsecretion ist Mercur angezeigt, kleine Dosen ($\frac{1}{6}$—$\frac{1}{8}$ Gran) des Hahnemann'schen Präparates so lange fortgesetzt, bis die Schwellung nachlässt; gewöhnlich reichen 1—2 Gran hin.

In beiden Fällen wird die Therapie durch eines der früher genannten Mittel unterstützt.

Starkes Fieber, starke Schwellung der Tonsillen, grössere Hyperämie des Gehirns erfordern Blutegel an den Hals, kalte Umschläge; Abführmittel: Infusum Sennae oder einige Gaben Calomel.

Scarificationen der übermässig geschwollenen Mandeln oder des Gaumensegels sind manchmal angezeigt. Die Eiterung in grösseren Herden wird durch feuchte Wärme gefördert.

Die frühzeitige Eröffnung des Abscesses bringt dem Kranken grosse Erleichterung.

Gegen das Recidiviren sind fleissige kalte Waschungen und leichte Bedeckung des Halses (am Anfange aber mit Verhüthung vor Verkühlungen) das Beste.

Zu demselben Zwecke, so wie bei habitueller Angina lobt man: Gurgelwässer mit Salmiak, Alaun, Essig, Sauerhonig etc.; flüchtige Aetzungen mit Alaun, Lapis infernalis; scharfe Einreibungen des Halses, warme Bedeckungen desselben mit Flanell etc.

Hypertrophirte Mandeln erfordern nach ihrem Grade und der Lästigkeit der Symptome: Fett- und Jodeinreibungen, Warmhalten oder kaltes Waschen des Halses (mit Vorsicht), innerlich Leberthran oder Jodkali. Höhere Grade werden mit Jodtinktur oder Lapis infernalis fleissig betupft, und am schnellsten mittelst des Messers entfernt.

Die syphilitischen und scrophulösen Formen erfordern nebstbei die schon angeführte Behandlung.

VIII. Rachencroup, croupöse, diphtheritische Entzündung des Rachens, auch bösartige brandige Bräune; Angina diphtheritica, crouposa, auch maligna etc.

Vom Rachen-Croup der Erwachsenen gilt das bei Stomatitis crouposa Gesagte, nur ist derselbe viel seltener als letztere. Er ist immer nur ein secundäres Leiden oder eine Theilerscheinung der Schleimhautaffection bei Exanthemen, Typhus, seltener bei Pneumonie etc.

Die Diagnose wird aus der Gegenwart des schon oben angegebenen croupösen Exsudats auf der Oberfläche der Mandeln, des Gaumens und der Rachenschleimhaut gemacht. Schwellung der betreffenden Theile und functionelle Symptome sind manchmal gering, manchmal gar nicht zu beobachten. Bei höheren Graden sind dieselben so, wie bei der Angina catarrhalis angegeben wurde.

Im späteren Verlaufe des Typhus, bei mehr pyämischer Beschaffenheit des Blutes, bei beginnenden Zeichen des Scorbuts etc. kann das Exsudat jauchig werden, die Schleimhaut wird angeätzt, es kommt zur Geschwürsbildung, zu Blutungen, stinkenden Athem und stinkendem Auswurfe; hier sind manchmal die Schlingbeschwerden gross, Husten stellt sich beim Versuche zu Schlingen ein etc. etc.

Ueber den Verlauf und die Dauer dieses Croups ist nichts anzuführen, es hängt diess Alles vom Gesammtleiden ab.

Die Behandlung fällt mit der bei Stomatitis und Stomacace angegebenen zusammen.

Bei Kindern wird auch ein solches secundäres Vorkommen beobachtet, nur ist in diesem Lebensalter auch diese Croupform häufiger primär, und entweder in Begleitung anderer diphtheritischer Prozesse der Schleimhäute oder so zu beobachten, dass der Croup an der Rachenhöhlenschleimhaut beginnt und sich nach unten in die Luftwege oder nach oben in die Nasenhöhle fortsetzt.

Hiebei ist der Grad der sonstigen Symptome ein sehr wechselnder, oft ein geringer (kein Schmerz, keine Schlingbeschwerden etc.), und auch bei Kindern verläuft dieser Croup, ohne dass das Exsudat zur Verjauchung kommen müsste; im Gegentheile erscheint das Exsudat in mehreren sich folgenden Schüben, wobei das ältere sich immer schon abgelöst hat, und es verläuft der ganze Prozess milde.

Die Bezeichnung: Angina maligna ist durchaus nicht identisch mit Croup des Rachens; und es ist die Verjauchung und Gangrae-

nescenz entweder von der Constitution des Kindes, den ungünstigen Aussenverhältnissen desselben und dem allenfalls vorausgegangenen Leiden (Typhus, Dysenterie, Pyämie etc.) abhängig.

Rachen-Croup der Kinder wurde epidemisch beobachtet; und da waren die Ausgänge desselben wohl auch vom Genius epidemicus abhängig, manchmal in der Mehrzahl ungünstig.

Er wird dem Leben gefährlich durch das Uebergreifen auf die Larynxschleimhaut; durch die Verjauchung mit secundärer Pyämie, oder Erschöpfung.

Die Behandlung ist von jener anderer Croupformen nicht wesentlich verschieden. Die topische Anwendung von Kälte, fleissiges Waschen mit Lösungen von Adstringentien, nach Umständen Aetzungen mit Lapis infernalis sind hier leicht möglich, und letztere bei mehr beschränkten Excoriationen oder Exulcerationen (wenn sich welche bilden) anzuwenden; auch sind dieselben als Abortivmittel des Prozesses empfohlen.

Verjauchung, Pyämie, torpides Fieber etc. fordern innerlich Säuren, Chinin; manchmal Stimulantia; äusserlich die strengste Reinhaltung, Säuren, Creosot. Chlorkalk etc. etc.

IX. Aphthen.

Kommen bei Erwachsenen nur in der Mundhöhle, und da vorzüglich an den Lippen, der Spitze und den Rändern der Zunge vor.

Sie stellen Follicular-Entzündungen der Schleimhaut dar, welche als kleine mit trübem Fluidum gefüllte Bläschen beginnen, und nach deren Platzen (was oft schon nach einigen Stunden geschieht) weiters um sich greifen, und rundliche oder längliche, gewöhnlich scharf umschriebene Excoriationen der Schleimhaut darstellen. Ihr Durchmesser beträgt gewöhnlich einige Linien, die Ränder ragen etwas hervor und fühlen sich so wie die Basis härtlich an, letztere ist manchmal roth, gewöhnlich mit schmutzig weisslichen oder gelblichen Exsudate bedeckt. Ein rother Hof umgibt ursprünglich das Bläschen, später das Geschwürchen.

Die Zahl der gleichzeitigen Aphthen ist bei Erwachsenen nie gross, 2—3—5, und sie stehen mehr gedrängt oder entfernt von einander; manchmal fliessen wohl auch zwei zusammen.

Nach ihrer Zahl, ihrem Sitze und den sonst vorhandenen Zuständen, besonders jenen der Mundschleimhaut (manchmal ist Stomatitis catarrhosa gleichzeitig zugegen) ist zugleich brennender Schmerz

im Munde, vermehrte Speichelabsonderung, übler Geschmack, manchmal auch übler Geruch, gehinderte Bewegung der Lippen, der Zunge etc. vorhanden.

Man beobachtet sie als rein locales Leiden nach unbekannten Ursachen oder nach dem Reize eines scharfkantigen oder cariösen Zahnes, nach dem Genusse scharfer Stoffe, nach dem Gebrauche der Tabakpfeifen und Trinkgeschirre anderer Menschen etc., oder es kommen Aphthen bei acuten gastrischen, biliösen Zuständen mit und ohne Fieber, bei Intermittens (mit und ohne Herpes labialis), seltener bei anderen acuten Zuständen vor. Auch sollen sie bei chronischen Unterleibs-Erkrankungen, bei Menstruations-Anomalien gesehen worden sein. Manche Individuen sind dazu besonders disponirt.

Die Dauer ist gewöhnlich kurz, doch ziehen sie sich auch trotz aller Pflege und Reinhaltung in die Wochen hinaus. Der Verlauf wird weiters auch dadurch chronisch, dass sich mehrere einzelne Aphthen successiv im Verlaufe folgen.

Sie sind heilbar; mitunter sehr schmerzhaft, und lästig für manche Individuen durch ihr öfteres Erscheinen und den langsamen Verlauf.

Abgesehen von der unbegreiflichen Verwechslung, welche noch häufig selbst in der Litteratur zwischen Aphthen und allen anderen Prozessen der Mundschleimhaut gemacht wird; können die Eruptionen der Mundschleimhaut bei Blattern, und die bei scrophulösen (und tuberculösen) Individuen oder beim Catarrh an der Rachenschleimhaut und den Tonsillen vorkommenden rundlichen, bald mehr reinen, bald speckigen Excoriationen dem Aussehen nach für Aphthen gehalten werden; aber eine Verwechslung mit den hier dargestellten Aphthen ist nicht möglich.

Therapie.

Die locale Behandlung muss anfangs häufig in Entfernung der Ursache (des schlechten Zahnes) und der Anwendung von Kälte oder schleimiger reizmildernder Mittel bestehen. Manchmal sind gleich am Beginne und im weiteren Verlaufe stets von gutem Erfolge die Aetzungen mit Borax, Alaun oder Lapis iufernalis. Gastrische Zustände oder andere Leiden müssen nebstbei behandelt werden.

Bei Kindern kommen die Aphthen häufiger, auch epidemisch und in Spitälern endemisch; so wie in der einzelnen Eruption zahlreicher vor.

Die localen Symptome sind dieselben, und auch hier werden

sie von Catarrh der Mundschleimhaut, von Dyphtheritis, von Catarrh des Magens, des Darmes etc. begleitet.

Nach Bednař sind sie manchmal bei Kindern in den ersten 6 Lebenswochen auf die hinteren Winkel des harten Gaumens beschränkt, erzeugen Schmerz und hindern dadurch das Saugen.

Bednař beschreibt noch Aphthen des Grimmdarms als angeborne, stets tödtliche Krankheit der Kinder. Starker Meteorismus und Ileus begleiteten den Prozess, dessen Folge Tabes war.

X. Soor, Mehlhund,

fälschlich auch Aphthen genannt; wird mit Aphthen und Stomatitis verwechselt, und ist ein von allen diesen ganz differenter Vorgang.

Er besteht zunächst in der Bildung von Pilzen, die grösseren oder geringeren Lagen des Epitheliums aufsitzen. Die grösseren Ansammlungen von Epithelium gehen gewöhnlich voraus, sind verschieden gefärbt, auf diesen erscheint dann streckenweise in Form von Streifen, Flecken, Punkten die Schimmelbildung; welche weisslich von Farbe gleich einen reifartigen Anflug die Epithelialablagerungen überzieht. Die Thallusfäden sitzen nicht allein den Epithelien auf, sondern bei längerer Dauer etc. setzen sie sich in dieselben fort. Manchmal ist der ganze Anflug sehr zart, und man kann die Anhäufung der Epithelien nicht wahrnehmen; in anderen Fällen bestehen nebst streckenweisem Soor noch andere Anhäufungen des Epitheliums z. B. grosse Menge Zungebeleges, ohne dass auf dieser letzteren auch Soor-Pilze zu sehen wären. Mit Entfernung der Pilze und der Epithelialschichten erscheint die Schleimhaut normal.

Soor erscheint am häufigsten bei Säuglingen, vorzüglich in Findelhäusern und bei armen unreinen Leuten, in schlechten feuchten Wohnungen, und wird durch vernachlässigte Reinhaltung des Mundes und dem Missbrauche des Zulpes begünstiget. Säurebildung des Magens, saure Gährung des Mundschleimes, der im Munde zurückbleibenden Milch oder der in dem Schnuller enthaltenen Stoffe sind die nächsten Ursachen der Pilzbildung.

Bei Erwachsenen wird Soor sehr selten gesehen, und da auch bei gastrisch-biliösen Zuständen, oder am Ende des Typhus, der Tuberculose etc. unter Mitwirwirkung der sauren Gährung in der Mundflüssigkeit.

Ueberzüge von Soor finden sich an allen Stellen der Mundschleimhaut, manchmal bloss auf den weichen Gaumen und die Wur-

zel der Zunge beschränkt; auch kann sich Soor bei Kindern in die Schlundhöhle, die Speiseröhre etc. fortsetzen.

Von weiteren Symptomen und dem sonstigen Verlaufe ist nichts Spezielles zu sagen.

Die Therapie besteht in sorgfältiger Reinhaltung des Mundes (am wichtigsten bei Säuglingen) und in der Anwendung des Borax, am besten als Pinselsaft.

Das mechanische Abreiben des Pilzes mittelst gestossenen Zuckers ist an zugängigen Stellen ganz gut, — kann nie schaden, und freilich ohne gleichzeitiger Reinhaltung der Kinder auch nicht viel nützen.

Antigastrica und säurebindende Mittel müssen nebstbei dort gegeben werden, wo diese der Zustand des Magens erfordert.

1. Blutungen der Mundhöhle, so wie der Speichelfluss sind immer symptomatische Zustände, und verdienen keine eigene Abhandlung; dasselbe gilt von den Geschwüren der Mund- und Rachenhöhle.

Auch Krämpfe der Zunge, der Zungenlähmung etc. sind keine selbstständigen Erkrankungen, kommen nur mit anderen Nerven- und Hirnleiden vor.

2. Uebler Geruch aus dem Munde, foetor oris, kommt ausser den genannten Krankheiten der Mundhöhle, am häufigsten bei cariösen Zähnen und bei in diesen faulenden Speiseresten vor. Wird derselbe nur nach vorausgegangenem Aufstossen wahrgenommen, so kommt er aus den Magen; und es ist seine Quelle dann in den Luftwegen (Tuberkel-Cavernen etc. zu suchen, wenn er beim Ausathmen durch die Nase fortdauert.

B. Krankheiten der Speiseröhre.

I. Entzündung der Speiseröhre, Oesophagitis.

Ist gewöhnlich eine secundäre und vom Rachen aus hieher fortgesetzte; nur der chronische Catarrh setzt sich von der Magenschleimhaut aus manchmal hieher fort.

Selbstständige Entzündungen der Speiseröhre entstehen nach dem Steckenbleiben scharfer, spitziger Körper, ferner durch ätzende

Substanzen (vorzüglich Schwefelsäure) und durch das Hinabschlucken heisser Stoffe.

Pustelbildung im unteren Drittheile des Oesophagus kann nach dem Gebrauche des Tartarus emeticus entstehen.

Nach dem Steckenbleiben spitziger hinabgeschluckter Körper (Knochen, Fischgräten, Nadeln etc.) treten heftige stechende Schmerzen an der betreffenden Stelle ein; das Schlingen ist mehr weniger gehindert und steigert gewöhnlich die Schmerzen; krampfhaftes Würgen, Beklemmung, Angst etc. gesellen sich dazu. Wird der fremde Körper nicht bald entfernt, so kommt es zu ausgebreiteter Zellgewebsentzündung mit dem Ausgange in Gangrän. Der Prozess ist an und für sich oder durch Anätzung grösserer Gefässe tödtlich.

Seine nähere Darstellung, so wie die Behandlungsweise etc. gehören in das Gebiet der Chirurgie.

Bei Vergiftungsversuchen mit Schwefelsäure ist die Schleimhaut des Mundes, des Rachens etc. in gleicher Weise und manchmal mehr als die des Oesophagus betheiligt, und in vielen Fällen ist der Antheil des letzteren an der Erkrankung nicht zu bestimmen. Dasselbe gilt von den hieher fortgesetzten catarrhalisch-croupösen Prozessen.

Tritt jedoch die entzündliche Affection des Oesophagus über die der anderen Schleimhautparthien deutlicher hervor, wie diess noch beim Verschlucken von Schwefelsäure oder heisser Stoffe am ehesten geschieht, so gibt sich dieser Zustand zu erkennen durch einen mehr weniger heftigen, an einer bestimmten Stelle im Verlaufe des Oesophagus festsitzenden Schmerz, welcher manchmal erst durch das Schlingen fester Substanzen deutlicher hervorgerufen, immer aber hiedurch gesteigert wird; bei diesen gehinderten Schlingversuche entsteht manchmal krampfhaftes Würgen, völliges oder theilweises Zurücktreten des Genossenen in die Mund- und Nasenhöhle; oder es erfolgt erst das völlige Hinabschlucken nach einiger Zeit, nach wiederholten schmerzhaften Anstrengungen. Das Gefühl des Steckenbleibens, des Einschnürens des Bissens ist manchmal deutlich. Krampfhafter Husten, Angst- und Erstickungsgefühl können sich hinzugesellen. Schleimmassen, reines Blut, Blut mit Schleim, Entzündungsprodukte mit Blut gemischt können durch Würgen, durch Erbrechen entleert werden. Die Inspection des Rachens bestätiget manchmal die Diagnose der Entzündung. Das Fieber entspricht dem Grade und der Affection der übrigen Schleimhäute.

In der Folge mässigen sich die Symptome oder gehen in die der langsam zu Stande kommenden Strictur des Oesophagus über,

oder es kann die Entzündung durch Verbreitung, Gangrän etc. selbst auch während der Heilung der Substanzverluste durch Perforation tödtlich werden.

Geringe Grade der Oesophagitis (catarrhosa) nach dem Verschlucken heisser Stoffe erzeugen obige Symptome nur in geringerem Grade, und dauern nicht über ein paar Tage.

Die chronischen Entzündungen verlaufen häufig ohne Symptome, oder sie sind von fixen Schmerz, der nicht immer anhaltend und häufig gering ist, begleitet.

Die Therapie der acuten Form besteht in der Vermeidung von stärkeren Schlingversuchen, daher keine feste Nahrung, nicht grosse Mengen des zu verschluckenden Körpers etc.

Manchmal locale Antiphlogose, warme Bäder, warme Umschläge, reizende Klystiere und schleimige mit Narcotica versetzte Mittel (letztere nur, wenn das Schlucken nicht zu schmerzhaft ist).

Zur Löschung des Durstes kleine Mengen Wassers, Mandelmilch oder Eispillen, Pomeranzenschalen etc.

Zur Diät: Milch, schleimige, nicht gesalzene Suppen, Eigelb etc.

Die chronischen Formen erfordern immer eine besondere Berücksichtigung der Qualität und der Menge des zu schluckenden Bissens, das Uebrige bleibt sich gleich, wie bei den andern Catarrhen.

II. Erweiterung des Oesophagus.

Ist entweder Divertikelbildung des Oesophagus oder eine gleichförmige Erweiterung; beide kommen selten mehr selbstständig zu Stande, häufiger sind sie die Folgen von Verengerungen der Speiseröhre (bei narbigen Stricturen, Krebs des Oesophagus, Druck von Aussen auf denselben).

Mässige Grade dieser Zustände geben keine besonderen Zeichen, und höhere Graden fallen, wenn gleichzeitig Strictur besteht, in ihren Symptomen mit den Zeichen der letzteren zusammen.

Nur höhere Grade von Divertikelbildung geben die eigenthümlichen Symptome, dass die verschluckten Speisen theilweise oder ganz in die Höhle des Sackes gelangen, hier nach dem Sitze des Sackes an den verschiedenen Theilen der Speiseröhre verschiedene Symptome erzeugen, und nach kürzerem oder längerem Verweilen daselbst entweder nicht viel verändert oder in Schleim gehüllt, mit ihm gemischt oder im faulenden Zustande unter Würgen, blossem Aufstossen oder unter einer dem Brechen ähnlichen Bewegung wieder in den Mund

zurückgebracht werden. Der Athem solcher Kranker kann stinkend, übelriechend sein. An der Stelle des Divertikels empfinden dieselben einen drückenden dumpfen Schmerz, welcher bei grösserer Anfüllung des Sackes grösser, nach dessen Entleerung viel geringer ist. Ein Divertikel am Halstheil kann sich deutlich als Geschwulst hinter dem Larynx darstellen, dessen Grösse und nähere Beschaffenheit nach dem Zustande des Gefüllt- oder Leerseins wechselt. Beim Sitze des Divertikels in der Brusthöhle können nach dem auf die verschiedenen Organe ausgeübten Drucke Respirationsbeschwerden, asthmatische Anfälle etc. entstehen.

Die Entwicklung des Leidens geht langsam, und es wird dasselbe jahrelang getragen; die Kranken gehen an mangelhafter Ernährung, an Abzehrung zu Grunde.

III. Die Verengerung des Oesophagus. Stenosis Oesophagi.

Diese entsteht durch Narben (nach Schwefelsäure-Vergiftung) durch Polypen, durch Krebs der Speiseröhre etc. oder durch einen Druck von Aussen bei den verschiedenen Krankheiten der nahe gelegenen Organe und Gebilde (vide pathologische Anatomie), auch müssen steckenbleibende Körper die Speiseröhre verengern, selbst verschliessen (vide chirurgische Werke).

Die ersten Arten der Verengerungen kommen langsamer zu Stande, und nehmen entweder fortwährend an Grösse zu oder bleiben auf einen gewissen Grad für immer oder längere Zeit stehen; dadurch und durch das dem Ganzen zu Grunde liegende Leiden sind die Symptome sehr mannigfach, und es überschreitet die Grenzen dieses Werkes, alle diese Abweichungen anzuführen.

Die Veränderungen erzeugeneine an eine bestimmte Stelle fixirte und rascher oder langsamer sich steigernde Dysphagie; dieselbe stellt sich anfangs nur beim Hinunterschlucken grösserer, später auch bei dem kleinerer Bissen und selbst beim Schlucken von Flüssigkeit ein; das Hinderniss des Schluckens kann durch wiederholte Schlingversuche, durch äusseren Druck am Halse, durch Klopfen auf den Rücken, durch Nachtrinken etc. überwunden werden oder nicht (in späterer Zeit), oder es finden nur die ersten Bissen der Mahlzeit ein Hinderniss, die übrigen gehen leicht durch. Auch werden die genossenen Dinge nach einiger Zeit unter Aufstossen, leichtem Würgen unverändert oder mit Schleim gemischt zurückgeworfen. Bei gleich-

zeitiger Eiterung oder Geschwürzustand werden deren Produkte mit den Speisen oder für sich nach Oben auf dieselbe Art entleert.

Die Untersuchung mit der Schlundsonde constatirt die Diagnose.

In der Folge bildet sich oberhalb der Strictur eine Erweiterung, und es können die Speisen längere Zeit hier verbleiben, auch die Symptome der Divertikelbildung sich mit denen der Strictur combiniren.

Bei höheren Graden magert der Kranke rascher ab, der Bauch sinkt ein, der Stuhlgang wird ein seltener.

Der Tod erfolgt durch verhungern, wenn nicht durch intercurrirende Krankheiten: Pneumonie, Lungengangrän oder durch Ruptur der Speiseröhre derselbe schon früher herbeigeführt wurde.

In den Fällen, wo Besserung geschafft werden kann, besteht die Therapie in der auf chirurgischem Wege zu erzielenden Erweiterung der stenosirten Stelle.

IV. Perforation und Ruptur des Oesophagus.

Das plötzliche Bersten einer gesunden Speiseröhre ist sehr selten, gewöhnlich berstet eine kranke, verengte, krebsige etc. Speiseröhre. — Die Perforation erfolgt ebenfalls vorzüglich bei der letzteren Beschaffenheit; es können aber auch Abscesse, Krebs, Aneurysmen etc. von Aussen perforiren, und es kann dasselbe durch scharfkantige Körper und ätzende Substanzen bewerkstelliget werden.

Die auf langsamerem Wege (nach chronischem Leiden der Speiseröhre) zu Stande kommenden Störungen des Zusammenhanges sind dann zu erkennen oder zu vermuthen, wenn im Verlaufe dieser Leiden Pneumothorax sich einstellt, oder wenn sich eine Fistel nach Aussen bildet, durch welche die Ingesta entleert werden, oder wenn die Ingesta unter Husten und Athemnoth etc. aus den Luftwegen herausgeworfen werden etc.

V. Der Schlund- oder Speiseröhren-Krampf. Oesophagismus. Dysphagia spastica.

Besteht im zeitweisen (manchmal schmerzhaften, vom fühlbaren Zusammenschnüren begleiteten) Unvermögen zu schlingen, welches durch Krampf der Speiseröhre erzeugt wird.

Dieser Zustand hat so wie alle anderen Krampfformen seine Anfälle und ganz freie Intermissionen; stellt sich von selbst ein oder

nach Gemüthsaffecten, nach Schlingversuchen bald von kalten oder warmen, bald von festen etc. Stoffen.

Beim Sitze des Krampfes im Schlunde hat der Kranke das Gefühl eines hier eingekeilten Körpers; beim Sitze im unteren Theile des Oesophagus bleibt das ohne Hinderniss bis dahin Geschluckte in der Nähe der Cardia stecken, es entsteht ein zusammenschnürender Schmerz zwischen den Schultern, Schleim und Speichel fliessen aus dem Munde, Würgen und Aufstossen findet so lange statt, bis der Anfall vorüber ist; unter Erleichterung fühlt hierauf der Kranke das Hinuntergleiten des Bissens.

Manchmal ist der Krampf auf eine Stelle fixirt, manchmal wechselt er, indem er aufzusteigen scheint (Globus hystericus).

Die Dauer der Anfälle ist sehr verschieden. Die gewöhnlichen Begleiter stärkerer Anfälle sind: Angst, Brustbeklemmung, manchmal Schluchzen, krampfhafter Husten, Krampf der Halsmuskeln etc. Der Anfall endiget gewöhnlich plötzlich mit Ausstossen der eingeschlossenen Luft.

Die Zahl der Anfälle ist verschieden; manchmal kommen sie häufig, manchmal selten, und haben nichts Bestimmtes in ihrem Erscheinen.

Solche Krämpfe stellen sich bei Krankheiten des Oesophagus, bei Hirn- und Rückenmarksleiden, bei der Hundswuth, auch bei Krankheiten des Herzens und der Lunge ein.

Aber auch ohne nachweisbaren materiellen Leiden kommt dieser Krampf bei Hysterischen, bei Epileptischen (vorzüglich Weibern), oder nach Gemüthsaffecten, nach dem jähen Verschlucken grösserer Bissen bei sonst ganz Gesunden vor.

Um ein materielles Leiden der Speiseröhre nach öfteren Erscheinen solcher Anfälle mit mehr Sicherheit ausschliessen zu können, darf die Untersuchung mit der Schlundsonde ausserhalb des Anfalles kein positives Resultat geben.

Therapie.

Im Anfalle Frottirungen, Erschütterung durch Klopfen auf den Rücken, die Anwendung von Wärme, Hautreizen, Einreibungen und Riechenlassen von Chloroform. Man versucht ferner die Anwendung der Chamomilla, des Opiums, Morphiums, der Belladonna etc. in und ausser den Anfällen. Im Anfalle Opiumklystiere, Belladonna-Extract mittelst der Schlundsonde, warmer Thee durch eine elastische Röhre eingeführt.

Sonst ist die Behandlung ausserhalb der Anfälle, vorzüglich

gegen das Grundleiden etc. gerichtet, und man lobt auch Schröpfköpfe auf die Halswirbel, kalte Waschungen, Begiessungen, das öftere Verschlucken von Eis.

Bekannte Schädlichkeiten müssen gemieden werden.

Die Lähmung der Speiseröhre (Dysphagia paralytica) kommt häufiger mit anderen vom Gehirn und Rückenmarke ausgehenden Lähmungen, ferner bei Typhus und anderen schweren Krankheiten als Folge der paralysirten Nerventhätigkeit kurz vor dem Tode vor. Auch begleitet sie bedeutende Erweiterungen und andere Krankheiten des Oesophagus, und soll bei Hysterischen, so wie nach der Einwirkung von Blei und heftigeren Gemüthsaffecten z. B. Schreck etc. gesehen worden sein.

Ihr Symptom ist ein dauerndes Unvermögen zu schlingen; feste Bissen und grössere gehen noch besser durch, Flüssigkeiten fallen unter polterndem Geräusche in den Magen.

Die Grade sind auch hier verschieden und dadurch auch der Grad der Dysphagie. Die Schlundsonde findet kein Hinderniss.

Die Behandlung ist bei den chronischen Formen gegen das Grundleiden gerichtet. Der Kranke muss mittelst Schlundsonden genährt werden, und gegen die Lähmung als solche versucht man Strychnin, Elektrizität, Hautreize etc.

C. Krankheiten des Magens.

I. Catarrh der Magenschleimhaut. Catarrhus ventriculi. Status gastricus.

Man unterscheidet einen acuten und einen chronischen.

Die anatomischen Charaktere des acuten, der übrigens nur sehr selten bei Sectionen zu sehen ist, sind die gewöhnlichen.

Beim chronischen Catarrh findet man gewöhnlich viel zähen glasartigen Schleim, selten ist derselbe mehr puriform. Die Mucosa des Magens hat eine flachdrusige, unebene Oberfläche, seltener ist dieselbe mit verschieden grossen warzenartigen Erhabenheiten in grösserer oder geringerer Menge besetzt. Dieselbe ist resistenter, verdickt und schiefergrau pigmentirt. Der submucöse Zellstoff und die Muscularis nehmen manchmal an der Hypertrophie Theil. Selten ist der Rauminhalt des Magens dadurch abgeändert, nur mässige Grade von Verengerung und Erweiterung sind manchmal gleichzeitig.

Die Zeichen des Catarrh's finden sich gewöhnlich am Pylorustheile des Magens oder hier im höheren Grade ausgesprochen.

Krankheitsbild.

Die reinste Form des primären acuten Magen-Catarrhs wird durch Ingesta erzeugt, und es ist das sogenannte gastrische Fieber älterer Aerzte (vide 1. Band).

In allen Fällen des secundär oder als Complication anderer catarrhalischer und entzündlicher Zustände zu Stande kommenden Magen-Catarrhs sind dieselben localen Symptome, nur häufig geringgradiger oder bloss einzelne derselben vorhanden.

Der chronische Magencatarrh geht unter denselben Erscheinungen wie der acute einher, nur wird er nicht von Fieber be gleitet, und es sind seine directen Symptome manchmal ganz geringgradig oder bloss zeitweise stärker hervortretend, und sowohl in ihrer Combination, als in den einzelnen Formen so wechselnd und unsicher, dass sie von den Symptomen der dynamischen Dyspepsie oder jenen, welche chronische Krankheiten der Leber etc. auch ohne Magen-Catarrh begleiten, nicht streng zu sondern sind.

Die Kranken klagen über dumpfen, drückenden Schmerz in der Magengegend, über Schwere oder das Gefühl von Völle, Aufgeblähtsein; seltener sind diese schmerzhaften Gefühle andauernd, stellen sich manchmal nur nach der Mahlzeit oder nach dem Genusse gewisser Speisen etc. ein. Die Esslust des Kranken ist manchmal längere Zeit, manchmal nur gegen gewisse Stoffe aufgehoben; reizende saure Sachen werden gewöhnlich mehr gesucht. Diese Kranken essen gewöhnlich nur wenig auf einmal; dagegen sind sie manchmal von grösserem Durst, dem Verlangen nach frischem Wasser oder säuerlichen Getränken geplagt. Bald nach dem Essen stellen sich leeres Aufstossen oder Aufstossen der genossenen Speisen, Sodbrennen, Trägheit, Abgeschlagenheit etc. ein, manchmal kommt es zum Erbrechen, und dieses belästiget längere Zeit hindurch den Kranken nach jeder Mahlzeit oder nur nach dem Genusse gewisser Speisen oder deren grösseren Mengen. Aufstossen, Sodbrennen und Erbrechen von theils schleimigen, theils wässerigen Stoffen oder den Resten der Nahrung mit und ohne Beimischung von Galle stellen sich auch entfernt von der Mahlzeit ohne oder mit sonstigen Veranlassungen (Bewegungen des Körpers, Gemüthsaffecten, langer Ruhe oder am Morgen etc.) ein. Der Geschmack ist sehr wechselnd, gewöhnlich des Morgens vor dem Frühstück schleimig, fade, manchmal bitter, sauer etc.; der Zungenbeleg wird manchmal vermisst, häufiger ist derselbe ohne wei-

teren locale Ursachen in verschiedener Menge etc. vorhanden. Der Stuhlgang ist gewöhnlich träge, hart, unzureichend. Zeitweiser drückender Kopfschmerz, Schwere des Kopfes belästigen den Kranken.

Objectiv sind manchmal in der Magengrube eine umschriebene Resistenz, durch Druck gesteigerter fixer Schmerz, Aufgetrieben sein etc. wahrzunehmen.

Bei langer Dauer kommen Trägheit des Geistes und Körpers, Gemüthsverstimmung, schlechtes Aussehen, Abmagerung und Kraftlosigkeit hinzu; doch tragen zu deren Entstehung in den meisten Fällen andere, entweder Organ-Erkrankungen, oder dyskrasische Momente mehr als der Magen-Catarrh bei.

Aetiologie.

Die Ursachen des acuten, substantiven Magen-Catarrhs sind beim gastrischen Fieber angegeben; auch wird derselbe durch gewisse Medicamente erzeugt.

Gleichzeitig mit Catarrhen der Respirations- oder Darmschleimhaut und mit Rheumatismen kommt er auch nach Verkühlungen vor.

Er begleitet den Typhus, die Exantheme und im untergeordneten Verhältnisse die Entzündungsprozesse der Lungen, des Bauchfells etc. und ist im Anfange solcher Leiden, die den chronischen Catarrh nach sich ziehen, nicht selten zu beobachten.

Der chronische Magen-Catarrh kann aus dem acuten hervorgehen, häufiger kommt er für sich langsam zu Stande.

Als mehr primäres Leiden, ist er bei schwelgerischer Lebensweise, vielem Sitzen, dem reichlichen Genusse von schweren Bier; nach angestrengten Geistesarbeiten und nach länger dauernden Gemüthsaffecten zu beobachten.

Secundär kommt er bei der Säufer-Dyscrasie, bei Tuberculose, unter allen Formen der letzteren, bei Gicht, Hämorrhoidalzuständen, chronischen Herz-, Leber-, Nieren- und Milzleiden, bei Lungen-Emphysem etc. vor; und begleitet andere chronische Zustände des Magens, so den Krebs, das perforirende Geschwür.

Der chronische Magen-Catarrh ist häufiger in den späteren Jahren, und häufiger beim männlichen Geschlechte zu sehen.

Zu dem stärkeren Hervortreten seiner Symptome tragen nebst dem Einflusse der Jahreszeiten ein schlechtes diätetisches Verhalten, namentlich Diätfehler und Gemüthsaffecte das Meiste bei.

Varietäten.

Theils nach den verschiedenen ätiologischen Momenten, theils

nach gewissen Symptomen hin unterscheidet man eigene Arten dieser Magen-Catarrhe oder gastrischer Zustände.

Es haben diese Verschiedenheiten nichts constant Charakteristisches; beziehen sich grösstentheils auf den verschiedenen Zustand der Magen-Contenta (welcher durchaus nicht näher noch aufgeklärt ist), und haben somit auch keine weitere praktische Bedeutung, als dass einige derselben manchmal eine eigene symptomatische Behandlung erheischen und auch ohne weiteren Zeichen des Magen-Catarrhs bestehen können.

Theils aus dieser Ursache und zur Verständigung der in älteren Werken eigens angeführten Varietäten erwähnen wir derselben folgende:

a) Status gastrico-catarrhalis simplex, einfacher Magencartarrh wie er gewöhnlich mit leichten gastrischen Symptomen andere Catarrhe und Entzündungen etc. begleitet.

b) Status gastrico-saburralis (als acuter Zustand Febris gastrico-saburralis).

c) Status gastrico-biliosus (febris gastrico-biliosa).

d) Status crapulosus, Katzenjammer, nennt man den rasch nach Ueberfüllung des Magens oder nach häufigem Genusse von Spirituosa entstehenden Zustand, welcher sich durch Uebelsein, Kopfschmerz, Brechreiz, Erbrechen des Genossenen, Betäubung etc. kund gibt. Baldiges Erbrechen, manchmal auch Diarrhoe und nach dem Genusse von Spirituosa ein gehöriger Schlaf sind die Krisen desselben.

e) Status gastrico-rancidus, pituitosus etc. wurden nach dem Geruche und der Beschaffenheit der aufgestossenen Luft oder der erbrochenen Massen etc. so bezeichnet.

f) Status gastrico-acidus, Acor ventriculi, Magensäure genannt. Ist häufiger bei an Gicht, Hämorrhoiden und Steinkrankheit Leidenden, bei Kindern oder bei Status gastricus nach dem Genusse von Milch, mehliger zuckeriger Nahrungsstoffe, etc. und äussert sich manchmal nebst den anderen Zeichen des verdorbenen Magens durch Sodbrennen (Soda-Ardor ventriculi), saures Aufstossen, Erbrechen, brennende Schmerzen im Magen, durch Kolik, grünlich gefärbte, saure, wie zerhackte Stühle (bei Kindern). Sodbrennen und Erbrechen von saurer, scharfer Flüssigkeit sind manchmal ohne anderen gastrischen Symptomen zu beobachten.

g) Status gastrico-serosus, Gastrorrhoea aquosa, Wasserkolke. Die Kranken werfen zeitweise, besonders bei nüch-

ternen Magen, reichliche Mengen wässerig-schleimiger (manchmal stark saurer) Flüssigkeit unter Erbrechen aus, und fühlen sich hierauf wohl. Andere Symptome fehlen.

h) Das Wasserspucken, Pyrosis, auch der Herzwurm genannt, stellt sich manchmal auch im nüchternen Zustande des Magens, aber auch manchmal bald nach dem Genusse von fetten, sauren oder mehligen (vorzüglich frischen schwarzen Brod und groben Mehlspeisen) Stoffen ein, kommt bei sonst gesunder Verdauung oder mit anderen Zeichen von Dyspepsie vor, und ist manchmal von Magenkrampf begleitet. Unter dem Gefühle von Angst und Brennen, welches vom Magen in den Rachen aufsteigt, fliesst im Munde eine grosse Menge geschmackloser und saurer seröser Flüssigkeit zusammen, gewöhnlich ohne aller Anstrengung, nur von zeitweisen Aufstossen begleitet.

Verlauf, Ausgänge, Prognose.

Acute Magen-Catarrhe haben bei zweckmässigen Verhalten nach Umständen ohne alles Zuthun der Kunst eine kurze Dauer, und es heilen die secundär oder gleichzeitig mit anderen Catarrhen angeregten gewöhnlich von selbst.

Substantiver, durch Ingesta angeregter gastrischer Zustand erfordert manchmal ein directes Eingreifen, wie diess bereits angegeben wurde.

Chronische Catarrhe des Magens sind in ihrer Dauer und in ihrer Verlaufsweise zunächst von den Zuständen abhängig, durch welche sie zuerst angeregt wurden, hängen aber auch noch weit mehr von der Diät und der ganzen Lebensweise des Individuums ab.

Mässige Grade heilen bei gutem Verhalten leicht, höhere Grade werden hiebei weniger lästig und demnach besser vertragen, ohne geheilt zu werden.

Bei unheilbaren primären Leiden und rücksichtslos fortgesetzten diätetischen Schädlichkeiten steigern sich die Störungen der Verdauung immer mehr, und es werden auf diese Weise die jeder Therapie, jedem weiteren vernünftigen Regime Trotz biethenden Grade erzeugt, und hiedurch der Verfall der Gesammtvegetation und das raschere Ende des sonstigen Leidens herbeigeführt.

Therapie.

Die Fälle, wo beim acuten gastrischen Leiden energischer zur Entleerung des Magens etc. eingegriffen werden muss, sind bereits im 1. Bande angegeben. Bei allen anderen acuten Zuständen ist ein vernünftiges Zuwarten und die Enthaltsamkeit von Speisen, nach

Umständen allenfalls noch das viele Wassertrinken oder der Gebrauch von Limonaden, Früchtensäften u. dgl. und nie etwas Anderes angezeigt.

Beim sogenannten Katzenjammer ist, wenn nicht von selbst gleich Erbrechen erfolgt, und der Zustand ein höherer ist, ein Thee-(chinesischer) Aufguss oder schwarzer Kaffee im sehr verdünnten Zustande das Beste.

Auch der chronische Magen-Catarrh wird durch Medikamente nicht behoben, sondern eher gefördert, wenn nicht gleichzeitig alle diätetischen Schädlichkeiten gemieden werden; es verdienen auch die letzteren das vorzüglichste Augenmerk des Arztes bei Behandlung, derlei Zustände.

Genauere und bestimmte Normen lassen sich aber nicht aufstellen. Jeder nur etwas auf sich und seinen Zustand aufmerksame Kranke wird bald die Art und die Menge der Nahrungsstoffe kennen, welche von ihm ohne alle Beschwerden vertragen werden, die Regulirung des übrigen Regime's (Beschäftigung des Kranken, Anzahl und Stunde der Mahlzeiten, Aufenthalt und Bewegung in der Luft etc.) den übrigen Verhältnissen so anzupassen, dass hiedurch für die Verdauung kein Nachtheil erwächst, ist ebenfalls Sache des Kranken, sobald er hierauf von Seite des Arztes mit Nachdruck aufmerksam gemacht wird.

Im Allgemeinen ist schwer verdauliche oder sehr gewürzhafte und in grösserer Menge genossene Nahrung schlecht. Aber anch einseitige und reizlose Nahrung längere Zeit fortgesetzt, thut nicht gut. Eine zweckmässige Mischung, fleissige Abwechslung, nicht zu feine Zubereitung der Speisen und nie bis zum Gefühle der vollen Sättigung genossen sind das Entsprechendste.

Stoffe, gegen welche Abneigung besteht, oder die nach ihrem Genusse irgend welche Beschwerden (Druck, Aufstossen etc.) erzeugen, sind strenge, wenn auch für lange Zeit, vielleicht für immer zu meiden.

Mässiger Genuss von guten natürlichen Wein, leichten Bier, Kaffee, Thee sind durchaus nicht schädlich, aber doch nicht in allen Fällen gestattet; zeitweise müssen sie ganz gemieden werden. Das Tabakrauchen ist bei Zuständen des Magens eine ganz unschuldige Sache.

S y m p t o m a t i s c h sind bei Säure im Magen und dem sauren Aufstossen: Magnesia, Krebssteine, Kreide und bei gleichzeitiger Trägheit der Stuhlentleerungen Rheum angezeigt.

Stuhlverstopfung ist hiebei ein lästiges, das Ganze verschlimmerndes Symptom, und erfordert manchmal ein ärztliches Eingreifen, doch ist hier speziell noch zu warnen vor dem vielen unausgesetzten Mediziniren, dem längeren Gebrauche von salinischen Purganzen, so wie vor Drastica.

Einige Gläser Wasser des Morgens genossen oder Bewegung in freier Luft am Morgen, viel Gemüse oder Obst mit der Nahrung etc. reguliren bei sonst vernünftiger Lebensweise die Stuhlentleerungen von selbst; geht es nicht auf diese Weise oder ist zeitweise eine hartnäckige Verstopfung zugegen, so thun es häufig einige Gran Pulveris Rhei mit etwas Cremor Tartari (selten wird Jalappa erforderlich sein), oder einige Löffel der gelösten schwefelsauren Magnesia (2—3 Unzen Magnesia sulfurica in 4 Unzen Wasser gelöst und mit 1—2 Drachmen Acidum sulfuricum dilutum versetzt, hievon täglich 2—3 Esslöffel voll in einem Glase Zuckerwasser) entweder Morgens auf den nüchternen Magen oder nach dem Frühstücke genommen; — Magnesia saccharata entspricht demselben Zwecke oder Seidlitz-Pulver, einfache Brausepulver oder ein Pulpa Tamarindorum mit etwas Cremor Tartari versetzt.

Nur sind auch diese leichteren Mittel nicht über die Nothwendigkeit hinaus zu gebrauchen, — je weniger man bei diesen chronischen Krankheiten überhaupt mit den Abführmitteln zu thun hat, und je mehr man dieselben entbehrlich zu machen weiss, desto mehr hat man dem Kranken genützt.

Bei grösserer Trägheit des Stuhles und bei Erfolglosigkeit der leichteren Mittel muss wohl Senna oder Jalappa manchmal in Anwendung kommen; nur hüthe man sich vor deren Fortgebrauch und gebe in allen jenen Fällen, wo harter, seltener Stuhlgang habituell ist, lieber einige Gran Aloë allein oder mit Rheum, ohne auch hievon einen Missbrauch zu machen.

Bei keinen anderen Leiden leisten ein mehrwochentlicher Aufenthalt am Lande, Reisen, die Zerstreuung in Bädern etc. so viel, als bei den chronischen sogenannten gastrischen Zuständen, wohin gar viel zu rechnen kommt, was ohne allen Catarrh des Magens besteht; und es ist hiebei häufig ganz gleichgiltig, ob sich der Patient mit dem Trinken der Mineralwässer oder sonst wie seine Zeit verkürzt, wenn er nur in Hinsicht der Diät und des Regimes den schädlichen Gebräuchen des Stadt- und Standeslebens entzogen bleibt.

Gegen den chronischen Catarrh des Magens als solchen werden anzuwenden gerathen: Salmiak, das Natrum carbonicum, kohlensäure-

hältige Mineralwässer (Biliner, Selter etc.) oder bei grossen Torpor der Darmthätigkeit Karlsbader-Wasser und Salz.

In hartnäckigen Fällen wird das Kalkwasser und Nitras argenti empfohlen. Auch Nux vomica, Jodtinctur und die blausäurehältigen Mittel etc. werden gelobt (letztere wohl nur bei den zeitweisen cardialgischen Zufällen — symptomatisch ?).

Bei geringerer Secretion, geringen Zungenbeleg etc. und träger Verdauung gibt man sonst auch bittere und aromatische Mittel: Acorus, Trifolium fibrinum, Flores aurantiorum, Quassia etc. um die Verdauung anzuregen und die Gährung der Ingesta im Magen hintanzuhalten.

Brechmittel sind beim chronischen Catarrh nur selten angezeigt (vorzüglich dann, wenn eine Ueberladung des Magens Statt gefunden hat), deren häufigere Anwendung ist aber immer nachtheilig und daher nicht zu gestatten.

II. Croupöse und toxische Entzündung des Magens.

Sind im Ganzen seltene Zustände; erstere als solche nie selbstständig und nie genau zu diagnostiziren, weil die heftigsten Symptome der sogenannten Magen-Entzündung ohne letzterer verlaufen und anderer Seits croupöses Exsudat im Magen bloss unter den Zeichen des gewöhnlichen Catarrhs abgesetzt werden kann.

Die acute toxische Magenentzündung hat verschiedene Grade; — und irgend erheblichere Grade sind stets durch Zerstörung der Magenwände, durch Perforation, durch Blutung etc. von einem raschen tödtlichen Verlaufe.

Geringere Grade heilen oft auf dem Wege der Narbenbildung, und es ist dieser Vorgang den Symptomen nach vom chronischen Magencatarrh oder der sogenannten chronischen Gastritis älterer Aerzte nicht zu sondern.

Stark ätzende Stoffe z. B. Schwefelsäure, Salpetersäure, Aetzkali gelangen häufig gar nicht oder nur in sehr geringen Mengen in den Magen, und setzen gleichzeitig Zerstörungssymptome in der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle.

Bei anderen: Arsenik, Lapis infernalis, Canthariden, Tartarus emeticus etc. gilt das nicht; und es zeichnen sich die so entstandenen höheren Grade der toxischen Magenentzündung immer durch den hohen Grad rasch eintretender Schmerzen, die Anfangs durch Druck der Magengegend, durch Bewegung des Kranken gesteigert

werden, ferner durch baldiges häufiges, sehr schmerzhaftes Erbrechen von Speisenbrei, Schleim, Wasser, Blut, zerstörten Gewebstheilen und Exsudatmassen in den verschiedensten Mengen und Mischungs-Verhältnissen, durch raschen Verfall des Aussehens und der Kräfte des Kranken, durch kleinen sehr frequenten Puls, kalte Gliedmassen und kaltes Hippocratisches Gesicht aus.

Speisen und Getränke werden gar nicht oder letztere nur in ganz kleinen Mengen vertragen; Unruhe des Kranken, Ohnmachten, Krämpfe etc. begleiten noch manchmal diesen Zustand.

Aber auch in diesen Fällen stehen die Heftigkeit der Symptome und die materiellen Vorgänge (Entzündung oder Zerstörung) der Magenhäute in keinem proportionalen Verhältnisse, und es haben die ersteren nichts Charakteristisches; so geschieht es, dass einerseits nach der Anwendung der scharfen Säuren aus den Zerstörungen der Mundschleimhaut wohl leicht die Vergiftung (absichtliche oder zufällige) als solche erkannt, aber der Grad der afficirten Magenschleimhaut Anfangs gar nicht und in der Folge nur bei leichteren Fällen bestimmt werden kann; und dass andererseits Arsen-Vergiftungen oder solche durch Lapis infernalis etc. nicht aus den Erscheinungen als solche zu erkennen sind und mit innerer Darmeinklemmung, Perforation des Darmes aus anderen Ursachen, mit sporadischer Cholera etc. verwechselt werden können.

Zur Diagnose der toxischen Magenentzündung trägt das Geständniss des Kranken und die chemische Untersuchung des Genossenen oder der erbrochenen, so wie der im Magen der Leichen vorfindigen Stoffe das Wesentlichste bei; und es ist die Autopsie nur auf diesem Wege in den meisten Fällen herzustellen.

Die genauere Darstellung der einzelnen hieher einschlägigen Vorgänge gehört der gerichtlichen Medizin an; so wie auch Letztere es ist, welche den wichtigsten Theil der Therapie, die Darreichung der Gegengifte zu ihrem Gegenstande hat.

Hier sei darum nur noch erwähnt, dass die gewöhnlich als acute Gastritis in den Handbüchern der Medizin beschriebenen Formen der Intoxication angehören; und dass die nach Vergiftung zurückbleibenden Zustände von Magenreizung und Entzündung weder in ihren Symptomen noch in der Therapie sich wesentlich different von acuten oder chronischen Magen-Catarrh verhalten.

Was die Behandlung dieser Zustände anbelangt, so muss in der ersten Zeit der Magen sehr geschont werden, schleimige Mittel in geringerer Menge, bald mehr kühl, bald lau, nach dem Reizvertrage des Kran-

ken werden am Besten vertragen. Kaltes Wasser oder Eis im Munde gehalten oder als Umschlag auf die Magengegend stillt den Durst, mildert das Brennen im Munde, im Rachen und im Magen, stillt auch am Besten die Blutungen.

Manchmal können Narcotica, mit den schleimigen Mitteln gegeben, Erleichterungen schaffen, wenn überhaupt Schlucken gestattet ist und der Magen Etwas verträgt; in anderen Fällen versuche man sie durch Klystiere beizubringen oder lasse Chloroform einathmen.

Ob Blutentziehungen manchmal nützlich sein können, ist eher zu bezweifeln; doch hat man den Versuch der localen Anwendung aus Angst, dass sie schaden werden, nicht so sehr zu fürchten.

Die Magen-Erweichung, Gastromalacia, welche in den Leichen entweder auf den Blindsack des Magens beschränkt oder auch auf den unteren Theil der Speiseröhre verbreitet, und in beiden Fällen entweder nur die Schleimhaut oder auch die übrigen Häute betreffend gefunden wird; und welche früher in eine entzündliche und eine sogenannte gallertartige unterschieden wurde, ist entweder nur Leichensymptom oder bildet sich nach Einigen noch theilweise in der letzten Zeit des Lebens aus. Dieselbe ist nie Gegenstand einer sichern Diagnose, noch irgend welcher Behandlung, und findet sich in den Leichen der an Meningitis, Encephalitis, Typhus oder Pyämie etc. Verstorbenen; ist aber nicht constant, während der Magen von Kindern, wenn er Milch enthält, fast jedesmal erweicht ist. (Heschel.)

III. Das perforirende Magengeschwür, Ulcus ventriculi perforans.

Auch das chronische, einfache oder runde Geschwür des Magens genannt.

Dieses Geschwür kommt im Pylorustheile des Magens, gewöhnlich an der heiteren Wand in der kleinen Curvatur oder nahe derselben vor; seltener liegt es der Cardia näher; am seltensten im Blindsacke und manchmal im Zwölffingerdarme. Gewöhnlich ist nur eines, aber auch zwei oder einige solche Geschwüre vorhanden. Die Grösse variirt zwischen der eines Silbergroschens und eines Handtellers.

Die Form ist rundlich oder oval, durch das Zusammenfliessen zweier wird sie abgeändert, ebenso durch die Anwachsungen. Exquisite Geschwüre sehen wie sich Rokitansky ausdrückt, so aus, als wäre eine runde Stelle mittelst eines scharfen Locheisens in der Magenschleimhaut ausgeschlagen worden. Das Geschwür ist an den inneren Schichten der Magenhäute grösser und nimmt nach Aussen

an Umfang ab; hat somit eine terassenartige Umrandung. Die nächste Parthie der Magengegend ist etwas verdickt, Catarrh und Blennorhoe der Schleimhaut greifen gewöhnlich über diese Grenzen hinaus.

Das Geschwür nimmt nicht allein an Umfang zu, sondern geht in die Tiefe und führt zur Perforation des Magens und zur lethalen Peritonitis, wenn dasselbe nicht schon früher (was gewöhnlich ist) an die Leber oder das Pancreas etc. angewachsen ist. Bei Anätzung grösserer oder kleinerer Gefässe im Verlaufe des Geschwüres entstehen Blutungen.

Das Geschwür kann auf den verschiedenen Stufen seiner Ausbildung heilen und stellt, wenn die Heilung in früherer Zeit eintritt, flache strahlige Narben dar; mehrere solche oder mehr tiefer gehende, schwielige Narben können den Pylorustheil verengern. Die Stellen, wo derlei Geschwüre angewachsen sind, stellen vertiefte, meist unebene und höckerige, härtliche Narben dar.

Der ganze Vorgang ist gewöhnlich ein sehr langsamer, doch kann auch die Perforation des Magens schon nach einigen Wochen erfolgen.

Krankheitsbild, Verlauf und Ausgänge.

In manchen Fällen werden solche Geschwüre längere Zeit getragen, ohne erhebliche Symptome zu erzeugen; in anderen Fällen sind die Symptome von jenen des Magencatarrhs gar nicht verschieden und es stellen sich erst im weiteren Verlaufe Blutungen oder die Zeichen localer oder einer durch Perforation entstandener Peritonitis überraschend und plötzlich ein, und führen auf diese Weise zur richtigen Diagnose.

Am gewöhnlichsten wird das perforirende Geschwür von Magenschmerz begleitet. Derselbe ist ein zweifacher, ein mehr dumpfer nicht hochgradiger und mehr anhaltender, welcher den Kranken selten ganz verlässt, wohl auch bedeutende Remissionen macht, mehr weniger fix ist, in der Gegend des Magens, gegen das rechte Hypochondrium oder mehr gegen den Nabel zu gefühlt, mit einem fortwährenden Nagen, Brennen, Drücken etc. verglichen und gewöhnlich durch äusseren Druck dieser Stelle, durch festes Binden der Kleider, durch manche Lage oder Bewegungen des Kranken, vorzüglich aber durch Anfüllung des Magens oder den Genuss saurer scharfer Stoffe, des kalten Wassers etc. gesteigert wird. Anfallsweise kommen heftigere, nicht selten unerträgliche Schmerzen, welche nicht mehr auf die Gegend des Magens beschränkt bleiben und als schnürende,

reissende, bohrende bezeichnet werden. Diese Anfälle von Cardialgie haben Bezugs ihrer Dauer und der Eintrittszeit nichts Bestimmtes. Manchmal scheinbar nur durch äussere Veranlassungen herbeigeführt, setzen sie wieder lange Zeit aus; in anderen Fällen oder zu anderer Zeit bei demselben Kranken sind die Anfälle sehr häufig, und kommen ganz unabhängig von äusseren Reizen, selbst mit gewissen strengen Typus der Eintrittszeit und ihrer Dauer. Da, wo sie ohne diesen Typus zu kommen pflegen, sind Verkühlungen, kaltes Getränk, Gemüthsaffecte, der Genuss gewisser Speisen, vorzüglich reizender, saurer ihre nächste Veranlassung.

Ohne und mit diesen Schmerzgefühlen kommt es im Verlaufe des Geschwüres zum Erbrechen und zu Magenblutungen, Blutbrechen. Das Erbrechen von Wasser, Schleim, Magen-Contenta hat durchaus nichts Charakteristisches, kann sich oft oder selten, zu jeder Tageszeit, bei vollen und leeren Magen einstellen. Das Bluterbrechen ist nicht immer hochgradig, dauert manchmal einige Zeit, um dann für länger oder auf immer zu verschwinden. In anderen Fällen ist die Blutung stark, es wird Blut auch durch den Mastdarm ausgeführt. Das mittelst Brechen entleerte Blut ist manchmal mehr frisch, lebhaft gefärbt, zum Theil geronnen; manchmal mehr chocoladefärbig, dünn, kaffeesatzähnlich, nicht coagulirt; und in jedem Zustande mit den Ingestis oder Magenschleim etc. gemischt.

Mannigfache andere Störungen, vorzüglich Appetitmangel, eigentlich Angst vor dem Essen, übler Geschmack, Aufstossen und ungeregelte Stuhlentleerungen, nicht selten hartnäckige Stuhlverstopfung begleiten diesen Zustand, bei dessen längerer Dauer oder rascherem Gange das Individuum langsamer oder schneller verfällt, anämisch aussieht, abmagert, nicht selten des gesunden Schlafes beraubt, zu keiner körperlichen Verrichtung geeignet, dem Hydrops oder der allgemeinen Atrophie zugeführt wird.

Zu ganz unbestimmter Zeit der sich ausgebildeten secundären Cachexie und nach ganz unbestimmten Verhalten der vorausgegangenen cardialgischen, hämorrhagischen und dyspeptischen Zufälle kann man in scrobiculo cordis oder an einer nahen Stelle eine grössere Resistenz der Weichtheile oder eine umschriebene härtliche, mehr glatte oder höckerige, gewöhnlich gegen Druck empfindliche Geschwulst durch die Bauchdecken durchfühlen.

Die Zeichen der Peritonitis (vide Peritonitis) können sich ebenfalls zu verschiedener Zeit einstellen, auch manchmal wiederholen; und wie gesagt, ist es einmal mehr eine umschriebene nicht hoch-

gradige, das andere Mal eine heftige, rasch lethale Bauchfellentzündung, die hier zur Ausbildung gelangen kann.

Bei Perforation des Magens, nachdem derselbe schon früher angewachsen war, sowie durch die Anwachsungen selbst können noch andere Folgezustände sich herausbilden, die häufiger nur vom pathologisch-anatomischen Interesse sein werden, aber auch in einzelnen Fällen als Pneumothorax und Magenfistel zu diagnostiziren sind.

Wie bereits erwähnt, ist der Verlauf gewöhnlich ein langsamer, oft mit grossen Intermissionen durch einige Jahre hingezogener, und führt entweder zu verschiedenen Graden von bleibender Kränklichkeit, oder zu Hydrops und Tabes auf oben angeführte Weise.

Es kann sich aber der Verlauf auch rascher gestalten, wie diess die häufigen Narben geheilter Geschwüre in den Leichen (an anderen Krankheiten Verstorbener), und die zeitweilig vorkommenden, acut oder subacut und tödtlich verlaufenen Bauchfellentzündungen beweisen, die ihre Entstehung dem perforirenden Magengeschwüre verdanken, und bei Individuen auftreten, welche sich kurz früher einer lobenswerthen Gesundheit erfreuten.

Auch Blutungen aus dem Magen können bei Arrosion grösserer Gefässe dem Leben rasch ein Ende machen; und den weiteren Verlaufe unterbrechen.

Aetiologie.

Hierüber lässt sich nicht viel Bestimmtes sagen. Das perforirende Geschwür des Magens wird am häufigsten bei dem weiblichen Geschlechte in den Jahren der Blüthe gefunden; und es kommt bei sonst ganz Gesunden, bei Tuberculösen, bei Schwächlichen — und neben den verschiedensten acuten Leiden vor.

Menstruations Anomalien sind als die Ursachen angesehen worden, doch fehlen diese manchmal ganz, oder kommen erst im Verlaufe mit der secundären Anämie zu Stande.

Gelegenheitsursachen sind auch ganz unbekannt.

Als nächste Ursache des Vorganges im Magen betrachtet man die hämorrhagischen Errosionen unter Einwirkung des sauren Magensaftes auf dieselben (Rokitansky, Virchow).

Aehnlichkeit.

So leicht das Magengeschwür ohne allen Symptomen verlaufen kann und in der Mehrzahl der günstigen Fälle auch verläuft, so kann es in anderen Fällen mit anderen Krankheiten leicht verwechselt werden.

Vom Magen Catarrh wird dasselbe durch die Cardialgien und die Blutungen geschieden, wenn sich welche einstellen; auch ist der Grad der Verdauungsstörung beim Geschwüre ein höherer, wenn man das Alter des Individuums berücksichtiget.

Von Krebsleiden wird dieses Geschwür durch das Alter des Individuums, durch das Verhalten der Constitution vor dem Ausbruche der Cardialgien etc. und durch allenfallsige andere Ablagerungen des Krebses unterschieden; beim Krebse sind die fühlbaren materiellen Veränderungen an Ort und Stelle häufiger und ausgesprochener, die Cardialgien nicht so aussetzend; auch könnte die microscopische Untersuchung des Ausgebrochenen manchmal die Diagnose stützen.

Bei hämorrhagischen Errosionen ohne Geschwür kommen wohl auch Blutungen vor, sie sind jedoch nicht so erheblich, die Cardialgien fehlen und in solchen Fällen leidet die Vegetation noch nicht sichtlich.

Die Evolutions-Chlorose ist auch häufig von nervösen Cardialgien, vom Erbrechen etc. begleitet, und hier ist die Verwechslung mit dem Magengeschwüre ohne gleichzeitigen Blutbrechen um so leichter, weil im Gefolge des letzteren stets auch Anämie und Abmagerung zu Stande kommt. Sind die allgemeinen Symptome der Chlorose früher und überwiegend im Verhältnisse zu den Störungen der Verdauung ausgesprochen, so schliesst man auf Evolutions-Chlorose, und man wird durch die gegen letztere eingeleitete Therapie bald die Diagnose sichergestellt haben.

Die Prognose ist bei den meisten Fällen, die der heftigeren Symptome wegen zur Behandlung kommen, eher ungünstig als günstig zu stellen.

Nicht jede Peritonitis, nicht jede Magenblutung entstanden im Verlaufe des perforirenden Geschwüres ist lethal; doch auch die Aussicht auf gänzliche Herstellung eine nur schwache. Erstere verläuft übrigens häufiger acut lethal als nicht, selbst bei sonst noch ganz gut erhaltenen Individuen und dann gewiss, wenn sie die Perforation in die freie Höhle begleitet.

Die Therapie ist vorzugsweise auf negative und diätetische Massregeln beschränkt; symptomatisch müssen lästige Symptome, gefährliche Zufälle behandelt werden. Die auf therapeutischem Wege direct erzielten, oder dadurch wesentlich gesetzten Heilungen sind wohl zum grössten Theile Selbsttäuschungen.

In Hinsicht des Regime's und der Diät sind alle Schädlichkei-

ten zu meiden, welche irgend wie die Schleimhaut des Magens reizen, dadurch zur Vergrösserung des Geschwüres und Steigerung des Catarrhs beitragen können ; es sind die diessfalls zu befolgenden Diätvorschriften schon beim Catarrh des Magens angegeben und die sonstigen Verhaltungs-Massregeln (Vermeidung von Verkühlungen, Gemüthsaffecten, anstrengenden Arbeiten u. dgl.) schon zur Genüge oft erwähnt worden.

Eine ganz reizlose Diät, Milch, Schleimsuppen, leichtes nicht blähendes Gemüse wird, sobald selbe längere Zeit ausschliesslich fortgesetzt wird, nicht gut vertragen, doch verdient die Ernährung mit Milch (süsser oder saurer, wie sie eben besser vertragen wird) oder Molken in den heftigeren Fällen und sonst, so lange es der Reizvertrag des Magens gestattet, vor jeder anderen Nahrung den unbedingten Vorzug.

Nach Budd eignet sich Milch mit Mehl oder geriebenen Brod als Milchbrei besser wie reine Milch; und es sollen die einzelnen Portionen dieses Breies nie gross sein.

Wo leichtes Fleisch, leichte Mehlspeisen vertragen werden, ist kein Grund vorhanden, sie zu verweigern; werden doch auch schweres, geräuchertes Fleisch u. dgl. manchmal recht gut verdauet.

Die grösste Vorsicht ist jedenfalls zur Zeit der Cardialgien und der durch selbe gesetzten stärkeren Magenreizung, zur Zeit der Magenblutungen oder der Peritonäalreizung nothwendig.

Nebst strenger Diät und dem nicht übermässigen aber doch häufigeren Wassertrinken in einem dem Magen zusagenden Temperaturgrade ist beständiges Warmhalten der Bauchgegend zur Heilung des Geschwüres das Wichtigste; und am besten entsprechen die erregenden Umschläge (Priessnitz'sche Leibbinden) Wochen- und Monate lang getragen.

Von dieser Behandlungsweise habe ich paarmal ecclatante Erfolge gesehen; und es ist nach Thunlichkeit der Aufenthalt am Lande, mässige Bewegung im Freien, Vermeidung von viel Sitzen damit zu verbinden.

Stärkere Cardialgien erfordern Morphium allein oder in schleimigen Vehikel oder mit Aqua Laurocerasi; wird es nicht vertragen, so muss das Chloroform angewendet werden.

Man lobt noch andere Narcotica und auch die Verbindung des Morphiums mit Magisterium Bismuthi.

Bei Blutungen des Magens ist Kälte äusserlich als Umschlag und innerlich als Eis-Pillen oder Gefrornes genossen, allen anderen Hämostaticis vorzuziehen; letztere schaden manchmal durch Steige-

rung der Reizung und des Catarrhs und werden nicht vertragen; doch sind nach dem Grade der Dringlichkeit versuchsweise anzuwenden: Tannin, Ergotin, Alaun, Elixirium acidum Halleri, etc.; sie sind jedoch nicht über die strengste Nothwendigkeit fortzusetzen.

Metallsalze, welche obgleich adstringirend doch brechenerregend wirken können, sind strenge zu meiden.

Allenfallsiger Stuhlverstopfung werde durch Wassertrinken oder Klystieren abgeholfen. Abführmittel zu reichen ist stets eine missliche Sache. Schon in der Heilung begriffene Geschwüre werden wohl manche Dosis selbst von salinischen Purganzen vertragen; doch gehört diess einer späteren Zeit der Krankheit an und lässt sich nie a priori bestimmen.

Als directe Heilmittel bei diesen geschwürigen Zuständen werden angeführt: Lapis infernalis, Bleizucker, Alaun, Magisterium Bismuthi und Zinkoxyd.

Die symptomatische Behandlung des Sodbrennens, Aufstossens ist so wie beim Magen-Catarrh. Die der Peritonitis wird dort angegeben werden.

IV. Die hämorrhagischen Errosionen

der Magenschleimhaut sind flohstich- bis linsengrosse rundliche oder kleine streifige Substanzverluste in der Schleimhaut, die ganz oberflächlich und mit schwarzen geronnenen Blute bedeckt sind. Sie sind oft sehr zahlreich und häufiger im Pylorustheile.

Man findet sie bei chronischen Magencatarrh und den Zuständen der Lunge, des Herzens, der Leber, welche Stasen in Capillarsysteme begünstigen, ferner neben dem perforirenden Geschwüre und verschiedenen anderen Krankheiten, so bei Typhus, Pyämie, Scorbut etc. etc.

Die etwas tiefer gehenden lassen bei ihrer Heilung seichte glänzende Narben, mit schiefergrau pigmentirter Einfassung zurück.

Die nächste Ursache dieser Errosionen ist nicht bekannt, und gewiss lassen sie sich nicht immer auf dieselben ursächlichen Verhältnisse zurückführen. Der bei weitem grössere Theil derselben heilt, ohne sein Dasein durch irgend welche Symptome dargethan zu haben; aus einzelnen gehen weiters die perforirenden Geschwüre hervor (Rokitansky).

Häufig dürften sie erst in der letzten Zeit des Lebens sich ausbilden.

Sie kommen in jedem Lebensalter vor; auch das Geschlecht macht in Hinsicht der Häufigkeit des Vorkommens keinen Unterschied.

Symptome. Häufig verlaufen diese Errosionen ohne allen Symptomen, in anderen Fällen sind die Zeichen die des Magencatarrhs. Als Characteristicum wird das Bluterbrechen ohne Cardialgie, ohne cachectischem Aussehen der Kranken angenommen, — aber auch dieses Erbrechen ist nicht constant und noch weniger immer hochgradig; oft sind eben nur Blutpuncte oder Striemen dem Schleime oder den Speiseresten die erbrochen werden, beigemischt oder es wird eine schwärzlich-graue Flüssigkeit erbrochen; wenn auch manchmal die Blutung eine grössere ist, so erreicht sie doch nie die Grade anderer Magenblutungen, und das Blut wird nur immer in dem durch Magensäure veränderten schwärzlichen kaffeesatzähnlichen Zustande ausgeworfen.

Der geringere Grad der Blutung und die stets veränderte Beschaffenheit des erbrochenen Blutes, der Mangel von Cardialgie und besonderen objectiven Localsymptomen, sowie das Fehlen der Symptome für Cachexie lassen ihre Gegenwart diagnosticiren.

Die Prognose ist an und für sich nicht ungünstig, richtet sich aber vorzüglich nach dem sonst noch bestehenden Lungen- und Herzleiden, etc. unter sonst ungünstigen Umständen wird durch ihre Gegenwart die Prognose noch ungünstiger.

Die Therapie ist die des Magencatarrhs, wenn dessen Zeichen sonst gegeben sind.

Gegen die Blutung wird Eis innerlich und äusserlich, strenges Regime, kühle, nicht reizende Kost und nach Umständen Alaun, Tannin, Blei etc. angewendet.

V. Der Magenkrebs. Scirrhus, Carcinoma ventriculi.

Ist häufiger ein primärer als secundärer, und am häufigsten am Pylorus, seltener an der Cardia, am seltensten im Blindsacke des Magens.

Der primäre beginnt gewöhnlich als fibröser (am Pylorustheile), und spätere Nachschübe und Wucherungen auf der scirrhösen Basis und anderen Stellen des Magens sind medullarer Krebs. Als reines Carcinom ist Magenkrebs selten, und dann gewöhnlich ein secundärer Prozess.

Andere Arten des Krebses (wie sie nach ihren inneren Bau etc. unterschieden werden) können nebstbei untergeordnet vorkommen.

Das submucöse Gewebe und die Schleimhaut sind die Stellen, wo die Krebsbildung ausgeht, Muscularis und Serosa werden später in das Bereich gezogen. Die nächst gelegenen Drüsen sind häufig krebsig infiltrirt, und es ist ferner die Combination mit Leber- und Darmkrebs die häufigste.

Die krebskranke Stelle wird nicht selten an die nächsten Organe und Theile: Leber, Drüsen, Bauchfell etc. durch Krebsmassen oder sonstiges Bindungsgewebe angeheftet; geschieht diess nicht, so nimmt der Magen bei stärkerer Ablagerung von Krebs, der Schwere folgend, eine tiefere Stelle und eine mehr senkrechte Richtung ein.

Magenkrebs verjaucht oder wird durch die sauren Magen-Contenta erweicht, in eine Art Schmelzung versetzt.

Der gewöhnliche Begleiter des Magenkrebses ist chronischer Catarrh, entweder mehr beschränkt oder ausgebreitet; durch die Ablagerungen an den Ostien werden letztere verengt, und es folgt auf die Stenose der Pylorus-Oeffnung manchmal eine starke Erweiterung, auf die der Cardia eine Verkleinerung und Atrophie des Magens.

Im Verlaufe der Schmelzung und Verjauchung kommt es durch Anätzung kleinerer und grösserer Gefässe zu Blutungen.

Erfolgt die Verjauchung bei angehefteten Magen, und setzt sie sich in die Tiefe fort, so kann es zu abnormen Communicationen mit dem Darme, der Brusthöhle und nach Aussen durch die Bauchwand kommen.

Krankheitsbild.

Die Bestimmung der Krankheit kann hier wie bei allen anderen Krebsleiden nur unter Berücksichtigung der Constitutions-Verhältnisse des Kranken, nie aus den localen Zufällen allein gemacht werden; nur muss hier gleich auf die doppelte Art der Ausbildung aufmerksam gemacht werden, wie wir selbe im 1. Bande bei der Krebs-Dyscrasie angeführt haben; dass nemlich das constitutionelle Krebsleiden sich häufig gleich mit der Ausbildung des Localleidens oder noch vor derselben ausspricht, oder in anderen Fällen erst später in die Erscheinung tritt. Bei Magenkrebs ist nun gewöhnlich das Erstere der Fall; nichts destoweniger kommen Fälle vor, wo die Ausbildung des Localleidens vorausgeht, und es sind in diesem Falle die Zeichen alle unverlässlich und es ist nur erst mit dem ausgesprochenen Krebsleiden im Gesammthabitus eine bestimmte Diagnose möglich.

Allgemeine Symptome. Sie sind dieselben wie wir sie im

1. Bande angegeben haben, und sie treten bei keiner anderen Krebsform so rasch und auffallend, als beim Magenkrebse auf.

Von den localen Symptomen sind die objectiven, durch Palpation (und wenn man will, auch durch Percussion) nachweisbaren die wichtigsten, und am gewöhnlichsten auf das Scrobiculum cordis beschränkt, oder sich von da bald mehr in das rechte Hypochondrium oder gegen den Nabel herab fortsetzend und an eine und dieselbe Stelle fixirt. Bei nicht erfolgter Anheftung des Magens an die nächste Umgebung erleidet das Fixirtsein dieser Erscheinungen die der Lageveränderung des Magens entsprechenden Modificationen; ebenso fehlen diese Zeichen oder sind nicht so bestimmt nachweisbar beim Krebse an der Cardia oder an einer der Wandungen des Magens, wo sich secundärer Krebs in grösserer Menge ablagern kann, ohne dass die Ablagerung als solche immer physikalisch nachgewiesen werden könnte.

Man findet nun an der genannten Stelle eine härtliche resistente, anfangs (seltener durch die ganze Dauer) glatte, später höckerige, unebene Stelle von verschiedener, gewöhnlich stets zunehmender Grösse, welche von unbestimmter Begrenzung, bei leeren Magen deutlicher zu fühlen und gegen äusseren Druck gewöhnlich sehr empfindlich ist. Die Pulsation der Bauchaorta ist manchmal über dieser Geschwulst sehr stark zu fühlen, auch hört man Geräusche in derselben. Beim Drucke auf diese Stelle entstehen nebst Schmerz nicht selten Ueblichkeiten, Neigung zum Erbrechen, Aufstossen etc.

Bei consecutiver Erweiterung des Magens ist die Magengrube stärker aufgetrieben, gewölbt und resistenter, der sehr volle tympanitische Magenton ist im grösseren Umfange besonders nach links und oben wahrzunehmen.

Bei geringeren Mengen von Flüssigkeiten im Magen hört man Plätschern daselbst bei Lageveränderungen des Kranken, welches besonders bei den rasch ausgeführten Bewegungen so stark ist, dass es in die Umgebung gehört wird; durch grosse Mengen der angehäuften Flüssigkeiten wird der Percussionsschall diesen und der Lagerung des Kranken entsprechend modifizirt. Bei verkleinerten Magen ist das Scrobiculum cordis eingezogen, die Rippenbögen ragen dort deutlich hervor etc.

Der übrige Bauch sinkt im Verlaufe stark ein, wird muldenförmig eingezogen.

Was die subjectiven und functionellen Symptome des Organs anbelangt, so sind sie sehr verschieden und haben nichts streng Cha-

rakteristisches; doch ist ein drückender dumpfer Schmerz in der Gegend des Magens, welcher sich entweder bei angefüllten Magen oder ohne bestimmter Veranlassung zu unbestimmten Zeiten einstellt und von verschiedener Dauer ist, dasjenige Zeichen, welches gewöhnlich allen anderen vorangeht; er besteht selbst mit völligen Intermissionen Wochen und Monate voraus, ohne dass andere Symptome folgen möchten. Bei ausgesprochener Cachexie und palpabler Ablagerung verlässt dieser Schmerz den Kranken nicht mehr vollends, und es ist dessen Steigerung oder Nachlass an die gewöhnlichen Umstände gebunden.

Anfälle von heftiger Cardialgie fehlen im Verlaufe des Magenkrebses nicht, und haben mit dem dumpfen Schmerze das gemein, dass auch sie den weiteren Symptomen vorausgehen; und es ist ihr Auftreten manchmal an den Genuss gewisser Nahrungsmittel oder an scheinbare Verkühlungen gebunden; manchmal hingegen stellen sie sich typisch mit vollständigen Intermissionen ein (so habe ich den dreitägigen und einmal den achttägigen Typus beobachtet).

Im weiteren Verlaufe sind Cardialgien sehr häufig, gehen dem Erbrechen voraus oder folgen ihm, sind stärker bei mehrtägiger Stuhlverstopfung oder nach gewissen Speisen etc.

Der Schmerz bleibt in den Anfällen nicht auf die kranke Stelle (die jedoch immer empfindlicher ist) beschränkt, sondern strahlt weit aus, ist sehr heftig, und lässt eine Steigerung des drückenden Schmerzes sowohl, als der Empfindlichkeit der kranken Stelle zurück.

Erbrechen fehlt in einzelnen Fällen durch den ganzen Verlauf, häufiger stellt es sich schon in einer früheren Zeit der Krankheit ein und wird bei Krebs an den Ostien nie vermisst. Anfangs sind es wässerige, schleimige, gelbliche Massen, die erbrochen werden, es bringt auch das Erbrechen dem Kranken nicht selten eine bedeutende Erleichterung; in der Folge (auch nicht immer) kommt es zu Blutbrechen, die Menge des Blutes ist ganz variabel, gewöhnlich wird es im veränderten Zustande als schwärzliche oder chocoladefarbige, kaffeesatzähnliche Masse mit anderen Ingestis oder mit Schleim vermischt ausgeworfen. Auch Gewebstheile oder abgelöste Krebsprodukte können mit ausgeworfen werden.

Die Menge und die Qualität des Erbrochenen, so wie die Eintrittszeit des Erbrechens haben nichts Charakteristisches weder bezugs des Sitzes noch bezugs der näheren Beschaffenheit der Ablagerung. Bei Verengerung des Pylorus und erweiterten Magen kommt das Erbrechen gewöhnlich mehrere Stunden nach dem Essen, setzt wohl

auch länger aus, und es werden manchmal unglaubliche Mengen auf einmal erbrochen; — in den längere Zeit im Magen verweilenden Stoffen ist häufig Sarcine zu finden etc.

Das Verhalten des Geschmacks, des Appetits, das Vertragen werden mancher Speisen, Aufstossen, Wassererbrechen etc. ist gleich wie beim chronischen Magen-Catarrh; diese Zustände wechseln und combiniren sich mannigfach. Hartnäckige Stuhlverstopfung begleitet den Magenkrebs immer und wechselt in späterer Zeit gerne mit profusen Diarrhoen, besonders nach dargereichten noch so bemessenen Abführmitteln; da ist's auch, wo ohne weiteren materiellen Veränderungen der Darmschleimhaut blutige Darmentleerungen (von derselben Beschaffenheit wie das Erbrochene stattfinden.

Aetiologie.

Die ursächlichen Momente des Magenkrebses fallen mit jenen der Krebs-Cachexie im Allgemeinen zusammen.

Wie schon dort gesagt, kommt das Leiden gewöhnlich in den besseren Lebensjahren zum Ausbruche, betrifft häufig Individuen, die früher immer gesund, gut genährt und von constitutionellen Leiden anderer Art verschont waren, nichtsdestoweniger findet sich Magenkrebs mit obsoleter Tuberculose vor.

Die Gelegenheits-Ursachen sind ganz unbekannt, nie sind locale Einflüsse, Missbrauch der Spirituosa etc. die erzeugenden Momente.

Der Verlauf ist gewöhnlich chronisch, doch mehr acut als bei anderen Krebsformen; die ersten Anfänge der Krankheit sind nicht selten durch längere Pausen scheinbarer Intermissionen getrennt; bei geschehener ausgesprochener Ablagerung geht es gewöhnlich unaufhaltsam zum gewissen tödtlichen Ende. Das schnellere oder langsamere Gestalten der Dinge, der geringere oder höhere Grad der Beschwerlichkeit, der Schmerzen und sonstigen Zufälle hängt zunächst von den Aussenverhältnissen und dem Regime des Kranken, einer vernünftigen, nicht Unmögliches leisten wollenden Therapie und dem Umstande ab, ob nicht acute Entzündungen hinzutreten und das Leiden rascher beendigen.

Die Dauer erstreckt sich von einigen Monaten bis zu einem Jahre und darüber.

Der gewöhnliche Ausgang ist ein frühzeitiger Tod entweder auf dem langsameren Wege der hydropischen Cachexie mit und ohne Oedembildung der Lunge, oder durch raschere Erschöpfung nach Blutverlusten und rascheren secundären Ablagerungen, oder durch hinzutretende Entzündungen vorzüglich des Bauchfelles und der Lungen.

Selten aber nichts destoweniger unzweifelhaft sind die Fälle, wo die Zeichen der Krebs Cachexie geringeren, selbst grösseren Grades mit den localen Symptomen der Magenverdickung und Ablagerung daselbst bestehen, und wo durch längeren Wechsel des Clima und der ganzen Lebensweise Stillstand, ja völliges Zurückgehen sämmtlicher krankhafter Verhältnisse beobachtet wird.

Aehnliche Fälle ohne Unterschied für gutartige Hypertrophien der Magenhäute zu halten, ist eben so wenig begründet, als aus ihnen die Heilbarkeit des Magenkrebses mit Bestimmtheit ableiten zu wollen. Ein häufigeres Vorkommen solcher Fälle und die Gelegenheit, derlei Kranke in späteren Jahren in ihren weiteren Leiden beobachten zu können, würden das Verhältniss der Heilbarkeit dieser Krebsformen aufzuklären im Stande sein.

Die Verwechslung mit dem perforirenden Magengeschwüre wurde schon besprochen; hier wird nur noch der bereits auch schon erwähnte Umstand angeführt, dass chronischer Magencatarrh mit sogenannter gutartiger Hypertrophie der Magenhäute (am Pylorus-Theile), wo sich in der Magengrube grössere Resistenz, Härte, etc. finden lassen, mit Krebs verwechselt werden kann. Der Unterschied ist durch das Verhalten der Constitution des Kranken gegeben; so lange dessen Vegetation nicht auffallend leidet oder derselbe mehr gedunsen aussieht (und auch andere Zeichen der Säufer-Dyskrasie an sich trägt), spricht man nicht von Krebs; der weitere Verlauf wird im ersten Falle häufiger die Diagnose umstossen als nicht; so wie umgekehrt derlei Fälle mit ausgesprochener Krebsdyskrasie möglich sind, die einen viel günstigeren Verlauf einschlagen.

Was die Therapie anbelangt, so setzt sich dieselbe aus dem hierüber bei Krebs-Dyskrasie und Magen-Catarrh Gesagten zusammen.

Selbstverständlich ist es, dass man bei Scirrhus ventriculi mit Metallen und ihren Salzen, welche die Schleimhaut des Magens reizen und so den localen Prozess steigern können, auch keinen Versuch der Heilung machen darf; — man ist hier auf Cicuta, Bella donna, Calendula etc. beschränkt.

Sich auf derartiges Mediziniren nicht viel verlassen, sondern die Lebensweise regeln, vielleicht das Klima bei Zeiten und für die Dauer wechseln etc. ist jedenfalls erspriesslicher.

Die Ernährung durch nahrhafte Klystiere oder Bäder bei grosser Unleidlichkeit des Magens, bei Verengerung an der Cardia muss nach Umständen versucht werden.

Die symptomatische Behandlung der Cardialgie, der Blutungen etc. ist schon angegeben.

Die Schlaflosigkeit erfordert Morphium; und mit den Abführ mitteln gegen die Stuhlverstopfung sei man sehr vorsichtig; wo Kly stiere und Stuhlzäpfchen noch nützen, da beschränke man sich darauf; ein kaltes Infusum Sennae, die Magnesia saccharata u. dgl. sind den anderen Mitteln vorzuziehen; Salina und Drastica sind nie zu geben.

Bei Wahrscheinlichkeit eines blossen Catarrhs mit Verdickung der Häute kann man auch bei schlechten Aussehen des Kranken: Säuerlinge, Milchmolken, Kalkwasser, Jod etc. versuchen, ohne sich grossen Hoffnungen hinzugeben und die Sache irgendwie forciren zu wollen.

T y p h u s, T u b e r c u l o s e, P o l y p e n etc. des Magens sind selten und lassen sich nicht näher diagnostiziren.

VI. Dyspepsia nervosa, schwacher Magen, schwache Verdauung

besteht in einer Art Schwäche (oder veränderter Secretion) des Magens ohne weiters nachweisbarem Kranksein desselben; wo die Verdauung auch der gewöhnlichen Mengen von Nahrungsmitteln nicht leicht, sondern mit mannigfachen Beschwerden (Druck im Magen, Aufstossen, Blähungen, Vollsein etc.), und nur sehr langsam vor sich geht. Gewisse Dinge werden gar nicht vertragen, der Appetit fehlt häufig ganz, auch die Stuhlentleerungen sind nicht geregelt.

Diese Art Dyspepsie grenzt einerseits an die genannten gastrischen Zustände, ist der Vorläufer oder Begleiter des Anfanges chronischer Magenkrankheiten, kommt in der Reconvalescenz nach schweren Krankheiten, bei Gicht, Chlorosis, Hysterie etc. vor; oder sie hängt von anderen chronischen Leiden vorzüglich des Gehirns, von langdauernden Gemüthsaffecten, von der Jahreszeit und dem Clima ab, oder es lässt sich endlich in vielen Fällen gar kein hinreichendes Erklärungsmoment auffinden.

So geschwächte Verdauung besteht manchmal lange, manchmal kurz, ist manchen Individuen im gewissen Grade habituell und führt, wenn die Menge und Qualität der eingeführten Nahrung nicht proportionell sind, andere gastrische Zustände herbei.

Auch bei dieser Art Dyspepsie kann Sodbrennen, der Herzwurm und Wassererbrechen sich einstellen; es hat aber das öftere Erschei-

nen aller dieser Zustände der sogenannten geschwächten Verdauung immer eine tiefere materielle, wenn auch nicht leicht zu ermittelnde Begründung.

Die Therapie besteht in grösster Vorsicht hinsichtlich der Wahl und Menge der Nahrungsmittel und des sonstigen diätetischen Verhaltens. Reine bittere oder bitter-aromatische Mittel, nach Umständen mit geistigen Zusätzen sind zeitweise von entschiedenen Nutzen, ihr Fortgebrauch aber nicht leicht zu gestatten; und bei länger dauernder Dyspepsie ohne nachweissbaren Grundleiden ist eine durchgreifende Aenderung der Lebensweise, des Aufenthaltes etc. für kürzere oder längere Zeit vorzuziehen.

VII. Magenkrampf, Magenschmerz. Gastralgia, Cardialgia.

Hierunter werden Anfälle von heftigen Schmerzen in der Magengegend verstanden, welche gewöhnlich nach dem Rücken ausstrahlen, mit Ueblichkeiten und Ohnmachtgefühl verbunden sind. Die Qualität der Schmerzen ist verschieden, sie sind drückend, bohrend, schnürend, brennend, etc. dem Grade nach sind dieselben gewöhnlich stark.

Die Dauer der Anfälle ist von einigen Minuten bis zu mehreren Stunden, und es nimmt der Schmerz entweder allmählig ab, oder mehr plötzlich unter Aufstossen oder Erbrechen.

Die Cardialgie ist ein stäter Begleiter der verschiedenen Magenkrankheiten (Cardialgia symptomatica); in diesen Fällen werden die Symptome des Anfalles durch die Zeichen der anderartigen Erkrankung modifizirt, und letztere stellen sich in den Intermissionszeiten dar, wenn nicht, wie es beim Magenkrebs geschieht, die Cardialgie oft längere Zeit dem materiellen Leiden vorausgeht.

Die rein nervöse Cardialgie kömmt bei Hysterischen, Chlorotischen und nach Romberg auch bei Gichtkranken vor, und macht vollständige Intermissionen. Die Schmerzanfälle wechseln mit anderen Neurosen, combiniren sich im Anfalle mit anderen Schmerzen und Krämpfen (Hemicranie, Globus, Weinkrampf etc.), der Schmerz wird durch äusseren Druck gemindert, Gefässaufregung folgt nur der längeren Dauer des Anfalles, anfangs sind die Extremitäten kühl, der Puls klein, zusammengezogen.

Am Ende des Anfalles folgt häufig wässeriges seltener gallichtes Erbrechen; und es wird viel spastischer Harn gelassen.

Die Intermissionen sind frei von Schmerz; und andere Störungen z. B. des Appetits, des Geschmacks etc. fehlen in der Zwischen-

zeit manchmal gänzlich oder sind wie bei Chlorose und Gicht angegeben.

Die Zahl der Anfälle hat nichts Bestimmtes, ebensowenig wie die Dauer derselben. Manchmal sind sie häufig, und dauern bei grösserer Heftigkeit gewöhnlich nicht lange. Manchmal sind für die einzelnen Anfälle Ursachen nachzuweisen (Gemüthsaffecte, Diätfehler, Verkühlung), manchmal nicht.

Der Gesammtverlauf ist verschieden, wie diess bei Hysterie, Chlorose etc. angegeben ist; auch ist die Prognose nach diesen Zuständen verschieden.

Die Therapie für die Anfälle besteht in tropfenweiser Darreichung des in Aqua laurocerasi gelösten Morphin's (alle 5—10 Minuten 10—15 Tropfen), in Entfernthaltung aller Reize, in Ruhe und der äusseren Anwendung von Wärme oder Hautreizen auf die Magengegend.

Als weitere Varietäten dieser Cardialgia nervosa sind anzuführen:

a) Die Cardialgia als Intermittens (Intermittens larvata) bei sonst nicht nervenschwachen Leuten mit strengen Typus der Anfälle.

Die nähere Diagnose und Therapie ist bei Intermittens angegeben.

Cardialgie begleitet aber auch manchmal das erste Stadium der Intermittens aperta und erfordert symptomatisch Morphium mit Aqua laurocerasi oder Morphium allein.

b) Die Cardialgia flatulenta; nebst dem grossen Schmerze sind die Zeichen der Flatulenz vorhanden, das Epigastrium ist trommelartig aufgetrieben und gespannt, Aufstossen von Luft, beengtes Athmen, Angst etc.

Unter Abgang von Blähungen lässt der Schmerz plötzlich nach.

Diese Art Magenschmerz stellt sich bald nach der Mahlzeit und zwar nach dem Genusse von frischen Brod, groben Mehlspeisen, blähenden Gemüsearten, Obst, auch nach sogenannten Luftbier ein.

Die Dauer des Anfalles ist meist kurz; die Zahl der Anfälle verschieden; bei jüngeren Leuten werden sie öfter beobachtet und wiederhohlen sich im Verhältnisse der Gelegenheitsursache bald häufiger, bald sind es nur vereinzelte Anfälle, von denen die Individuen befallen werden.

Die Therapie besteht hier in einer Tasse Chamillen- oder Pfeffermünzen-Aufguss oder in einigen Tropfen Liquor Hoffmanni

oder etwas Oel-Zucker von Mentha; ferner in der Anwendung warmer Tücher und Frottirungen des Unterleibes. Wenn der Kranke des Schmerzes wegen nicht gehindert ist, soll er Bewegung machen.

VIII. Die Seekrankheit. Morbus nauticus seu marinus.

Ist ein eigenthümliches, nach und mit anderen Zufällen (Schwindel, Kopfschmerz, Ueblichkeiten, Würgen) sich einstellendes Erbrechen, welches in Folge der regelmässig schaukelnden Bewegungen des Schiffes entsteht.

Das Erbrochene sind Anfangs die vorfindigen Contenta des Magens, dann Schleim, Wasser, endlich kann es zu schmerzhaften Anfällen eines leeren Würgens kommen.

Geringere Grade dieser Krankheit bestehen bloss in Brechreiz oder Ueblichkeiten und Schwindel (Seeschwindel).

Grad und Dauer der ganzen Krankheit sind sehr verschieden.

Manche Menschen vertragen das Seefahren gar nicht und leiden an diesen Zufällen so lange sie auf der See gehen; es zieht sich das Ganze mit verschiedenen Intermissionen in die Wochen und Monate fort. Schwäche der Sinne und des Körpers, Ohnmachten, Verstimmung des Gemüths, Apathie gegen alles Umgebende, selbst gegen das eigene Leben, Schlaflosigkeit, übles Aussehen, endlich Abmagerung etc. sind die Folgen der längeren Dauer.

Häufiger gewöhnt man sich nach einiger, oft ganz kurzen Dauer dieser Zufälle an das Schaukeln, es hören das Erbrechen, die Ueblichkeiten etc. auf und es stellt sich bald wieder der normale Appetit ein. Recidiven sind häufig. Durch Betreten des festen Landes hören selbst langwierige Fälle auf; Appetitlosigkeit und Schwäche bleiben wohl häufig noch einige Zeit.

Die Disposition zu diesem Leiden ist eine allgemeine, — es muss sich gewissermassen Jeder an das Seefahren erst gewöhnen; die Ausnahmen hievon sind selten. Auch ältere Seeleute werden manchmal später noch davon befallen; und Jene, die bei den ersten Fahrten davon verschont waren, werden nicht immer in der Folge auch geschont.

Eigene Präservativa gegen die Seekrankheit gibt es eben so wenig, als Specifica gegen die ausgebrochene Krankheit.

Voller Magen schützt ebenso wenig als leerer; eine mässige Mahlzeit, Kaffee, Thee, etwas geistiges Getränk, einige Tropfen Hoffmannsgeist oder Aether, eine heitere gefasste Gemüthsstimmung, der

Aufenthalt am Verdecke (besonders in der Mitte), gute Bekleidung und wenn möglich Zerstreuung sind noch die besten Schutzmittel.

Die ausgebrochene Krankheit sucht man durch Brausepulver, Morphium, Liquor Hoffmanni, Aether etc. zu bannen. Am besten ist horizontale Lage mit erhöhten Kopf, einige Willenskraft, ruhiges Abwarten, Schonung des Magens bis nicht alle Ueblichkeit vorüber ist und etwas geistiges Getränk oder die genannten Tinkturen etc.

Ruminatio, Wiederkäuen. Ruminatio humana. Merycismus.

Als solche wird der Zustand bezeichnet, wo mehr weniger schnell ½ bis 5—6 Stunden nach der Mahlzeit die noch unverdauten Speisen unter leichten Aufstossen ohne Eckel, ohne Würgen in die Mundhöhle zurückgelangen, und gewöhnlich wieder verschluckt werden, ohne abermals gekaut worden zu sein. Es kann sich dieses Aufstossen einige Male nach einander wiederhohlen; und der Geschmack wird nur dann hiebei übel affizirt, wenn das Aufstossen später erst einige Stunden nach der Mahlzeit sich einstellt.

Diese Art Aufstossen ist nicht identisch mit demjenigen bei Ueberfüllungen des Magens oder bei Krankheiten des Letzteren und des Oesophagus; ist aber als solches eben sehr selten und Bezugs seiner näheren Ursache unbekannt, auch kein Gegenstand der Therapie.

Es soll manchmal in der Willkühr des Individuums liegen, sich die Speisen auf diese Art zurückzuhohlen, und es kann dieses Manövre bewerkstelliget werden mit oder ohne gleichzeitiger Compression der Magengegend.

D. Krankheiten der Gedärme.

Wenn schon bei den Krankheiten des Magens es in vielen Fällen nicht möglich ist aus dem Symptomencomplexe den eigentlichen pathologischen Vorgang zu erschliessen, und schon dort genetisch und für die Therapie verschiedene Zustände mit den sehr unverlässlichen Zeichen eines Catarrhs oder einer sogenannten Gastritis einhergehen, und häufig genug für die im Leben bestandenen Symptome keine hinreichende oder gar keine anatomische Begründung aufzufinden ist, so gilt diess bei denselben Formen der Darmkrankheiten im noch höheren Grade.

Wie nicht alle Fälle von Status gastricus mit einen entsprechenden Grad des Magencatarrhes einhergehen, wie der Anfang des Geschwürprozesses im Magen objectiv nur die Zeichen des Catarrhs darbietet, kurz, wie es nicht möglich ist, aus der Art und dem Grade

der sogenannten gastrischen Erscheinungen auf das richtige Verhältniss der materiellen Veränderungen in den Häuten des Magens zu schliessen; ebenso wenig lässt sich aus den Symptomen der Darmfunction immer auf ein materielles Leiden des Darmes und noch weniger auf die Art, den Grad und den Sitz desselben — wenn eines vorhanden ist, mit Gewissheit schliessen.

Es ist nicht möglich, für alle Krankheiten der Darmfunction eine hinreichende materielle Begründung im Substrate des Darmes nicht nur im concreten Falle, sondern auch im Allgemeinen aufzustellen; es ist nicht möglich für alle durch die pathologische Anatomie beschriebenen Formen der Darmkrankheiten genaue und wahrheitsgetreue klinische Bilder zu entwerfen, und es bleibt jede practisch brauchbare Darstellung dieser Leiden hinter den Anforderungen der Wissenschaft weit zurück.

Noch schwieriger wird die Sache, will man die nöthigen therapeutischen Regeln auf das Vorhandensein bestimmter materieller Erkrankungen basiren; denn abgesehen, dass bei der unsicheren Diagnose der letzteren diess nicht gut geschehen könnte, bliebe hier ein reiches Feld der Therapie darum verschlossen, weil bei zahlreichen acuten Darm-Erkrankungen die Therapie nicht so sehr gegen den möglichen oder deutlich erkennbaren catarrhalischen, entzündlichen oder geschwürigen Zustand, als vielmehr gegen das ätiologische Moment desselben allein gerichtet oder durch Letzteres wesentlich modificirt werden muss.

Catarrh des Darmkanals gibt sich am gewöhnlichsten durch Diarrhoe zu erkennen, ohne deren wenigstens zeitweiligen Eintreten die Diagnose des ersteren unmöglich ist; aber es gibt viele Diarrhoen, die ohne allen Catarrh oder mit so geringen Catarrh bestehen, dass die alleinige Berücksichtigung des Catarrhs in der Behandlung einmal nicht ausreichend, das anderemal direct nachtheilig wäre.

Plastische Exsudationen des Darmes, obgleich in ihren Symptomen ganz gleich, entstehen unter so verschiedenen ätiologischen Verhältnissen, und erfordern eine den letzteren entsprechende verschiedene Therapie derart, dass diese Formen eigentlich mehr der Ursache, als dem Wesen nach zu scheiden, und des therapeutischen Zweckes wegen immer vom ätiologischen Standpunkte aufzufassen sind.

Diess sind die kurz angedeuteten Gründe, warum wir uns eines vielfältigen Specialisirens der einzelnen Formen nicht bestreben, und anderer Seits die einzelnen Krankheiten, sowohl Bezugs der Form

als der Therapie nicht allein vom Standpunkte ihrer anatomischen Verhältnisse betrachten werden.

I. Catarrh des Darmkanals. Catarrhus tractus intestinalis

und Diarrhoe ohne anderweitiger materieller Begründung im Substrate des Darmkanals lassen sich klinisch nicht scheiden.

Diarrhoe ist ein gewöhnliches, häufig das einzige Symptom des Catarrhs; es gibt aber Diarrhoe ohne Darm-Catarrh auch nach solchen Ursachen, die ein anderes Mal Catarrh erzeugen; nie ist der Grad des Catarrhs nach dem Grade der Diarrhoe zu bestimmen, und immer ist bei Behandlung dieser Zustände nach anderweitigen Symptomen oder den entfernteren Ursachen ein verschiedenes Verfahren einzuschlagen.

Die anatomischen Zeichen des Darmcatarrhs sind die des Catarrhs überhaupt. Auch hier findet sich acuter und chronischer Catarrh, letzterer vorzugsweise im Dickdarme vor; und auch die Folgezustände des Catarrhs sind hier dieselben wie anderwärts.

Krankheitsbild, Aetiologie und Verlauf.

Um Weitschweifigkeit und Wiederholungen zu vermeiden, ist es am zweckmässigsten, die nach den Ursachen, den Symptomen und der Therapie verschiedenen Catarrhe und Diarrhoen gleich von vorne herein zu trennen; und es sind in dieser Beziehung zu unterscheiden: acute und chronische Darmcatarrhe.

Zu den acuten gehören:

a) Der einfache reine Catarrh der Darmschleimhaut, auch die rein catarrhalische Diarrhoe genannt; Catarrhus simplex, purus intestinorum, Diarrhoea catarrhosa.

Derselbe ist entweder eine primitive substantive Erkrankung; oder kommt als abhängiges, auch secundäres Leiden im Verlaufe anderer acuter und chronischer Leiden vor; und verdankt als ersterer fast ausschliesslich Verkühlungen und scharfen oder reizenden Medikamenten seinen Ursprung.

Seine Symptome sind: zahlreichere Stuhlentleerungen von mehr weniger dünnflüssiger Beschaffenheit, durch welche foeculente Stoffe oder schleimig-seröse Materien mit viel Darm-Epithelium und im untergeordneten Verhältnisse auch Eiweiss ausgeführt werden. Geruch, Farbe und Consistenzgrad sind, so wie die Zahl der Entlee-

rungen verschieden; letztere selten so gross als bei anderen Arten der Diarrhoe vorzüglich der serösen, biliösen.

Stehen gelassen in einem Glase, scheiden sich die mehr gleichmässig dünnflüssigen Entleerungen in zwei Schichten; die mehr consistenten Stoffe setzen sich nach unten ab.

Objective Erscheinungen fehlen oder der Unterleib ist mässig aufgetrieben, und an irgend einer oder mehreren Stellen des Darmes findet die untersuchende Hand beim Drucke ein leichtes Wasserschwappen.

Bei gleichzeitigen Magencatarrh, und dieser fehlt selten, liegt die Esslust des Kranken darnieder, die Zunge ist belegt etc. etc.

Höhere Grade des durch Verkühlung entstandenen Catarrhs sind von mässigen Fieber begleitet.

Weitere Ursachen.

Die höheren Grade des abhängigen oder secundären Darmcatarrhs kommen bei Exanthemen, besonders bei Blattern, bei Catarrhen der Respirationsschleimhaut, bei Entzündungen der Lunge, des Brustfelles etc., als Begleiter oder Folgezustand der typhösen Ablagerung und unter Mitwirkung der für den acuten Catarrh angeführten ursächlichen Momente als Steigerung des chronischen Catarrhs vor, wie selber bei den verschiedenen Geschwürszuständen des Darmes und bei jenen Krankheiten des Herzens, der Lunge, der Leber, der Niere besteht, die durch gesetzte Circulationshindernisse Stasis in dem Capillarsysteme des Darmes bedingen.

Der Verlauf ist immer ein acuter und günstiger, sobald die erregende Ursache bei Zeiten entfernt und weitere Schädlichkeiten beseitiget werden. Diess gilt auch von dem bei Herz- und Lungenkrankheiten etc. durch neue Schädlichkeiten gesteigerten chronischen Catarrh. Bei acuten Prozessen z. B. Exanthemen, Pneumonien etc. sind solche Catarrhe nicht streng an den Verlauf dieser Leiden gebunden, wie diess aus der Darstellung der letzteren zu ersehen ist.

Acute Darmcatarrhe sind sehr zu Recidiven geneigt, insbesondere die durch Verkühlung angeregten; — die geringste schädliche Einwirkung von dieser Seite reicht hin, um den schon seit Tagen, selbst Wochen beseitigten Catarrh wieder erscheinen zu machen; und in der Regel sind die Rückfälle hochgradiger und hartnäckiger.

b) Catarrhus intestinorum ex ingestis, vel succis inquilinis perversis.

Alle die Schädlichkeiten, welche von Seite der Nahrungsmittel einen Magencatarrh zu erzeugen im Stande sind, ebenso wie die über-

mässige Absonderung von Magensaft, Galle, Darmschleim etc. sind häufig die Veranlassung für diarrhoische Stuhlentleerungen, welchen oft weiters kein Catarrh der Darmschleimhaut zum Grunde liegt, oder es ist letzterer im untergeordneten oder manchmal auch im überwiegenden Verhältnisse vorhanden, und es lässt sich der Grad der materiell erkrankten Mucosa nicht genau bestimmen.

Solche Diarrhoen sind häufig mit Status gastricus complicirt, aber auch ohne solchen kommen sie ursprünglich zu Stande, und letzterer tritt erst im Verfolge hinzu.

Von den diätetischen Schädlichkeiten sind Gemüse und Obst vorzüglich diejenigen, die sehr leicht Diarrhoen erzeugen; und es ist bald die unreife saure Beschaffenheit des Obstes, die schlechte ungewohnte Zubereitung des Gemüses, die Mischung des Letzteren mit anderen fetten oder sauren Speisen oder die grosse Menge etc., die schädlich werden kann. Gewisse Individuen vertragen manche Obstsorten, manche Gemüsearten gar nicht oder nur unter dem Zusatze geeigneter Corrigentia (Gewürz, Wein); Obst am nüchternen Magen wird von Vielen nicht vertragen; der gleichzeitige Genuss von Obst und Wasser erzeugt hei Anderen constant Diarrhoen; weiches Wasser, nicht ganz reines oder abgestandenes Wasser erzeugt häufig weiche, flüssigere Stuhlentleerungen; eben so schlechtes oder im Uebermass genossenes Bier, Obstwein, etc.

Die sogenannten Sordes gastricae längere Zeit zurückgehalten und in dem Darm fortgeschoben erzeugen ebenfalls Darm-Catarrh mit diarrhoischen Entleerungen; dasselbe gilt von der in grösserer Menge in das Darmrohr ergossenen, nicht gehörig neutralisirten Galle.

Im Sommer, im warmen und heissen Clima, so wie bei Kindern und jungen Leuten, sind diese Prozesse häufiger. Sie herrschen epidemisch und endemisch; und werden bei Klima-Wechsel oder dem mangelhaften Reizvertrage für Wasser und die Produkte des Bodens nicht selten habituell.

Die hieher gehörigen Formen sind diejenigen, welche man auch Diarrhoea gastrica, saburralis, biliosa, crapulosa, acida, aestiva, autumnalis, etc. etc. zu bezeichnen pflegt.

D i e S y m p t o m e derselben sind: diarrhoische Entleerungen, durch welche die Reste der genossenen Substanzen oder diese wenig oder gar nicht verändert ausgeführt werden, oder es sind faeculente, mehr flüssige, oder schleimige, manchmal sehr stinkende oder durch gallichte Beimischung sehr dunkel gefärbte Entleerungen; diesen geht starkes Kollern und Bauchgrimmen voraus oder es folgen brennende

Schmerzen am After (acida, biliosa). Abgang von Blähungen findet gleichzeitig Statt und die Zeichen des verdorbenen Magens (Status gastricus, biliosus) gehen bei dem langsamer angeregten voraus oder folgen bald, und fehlen nur dann gänzlich, wenn nach dem Genusse der Schädlichkeiten (Wasser, Obst, Gemüse) bald Diarrhoe und zwar so hinreichend folgt, dass alles Nachtheilige hindurch entfernt wird.

Solche Diarrhoen sind nicht selten von heftigeren Koliken, von stärkerer Tympanitis begleitet und es erreichen auch die Stuhlgänge nicht selten eine ziemlich hohe Zahl.

Die direct durch genossene Substanzen angeregten sind gewöhnlich, selbst beim längeren Bestande fieberlos; oder es gesellen sich ganz geringe Gefässaufregungen hinzu. Die durch gastrische oder biliöse Stoffe Erzeugten sind manchmal stürmischer in der Erscheinung, namentlich da, wo derlei Diarrhoen eine Theilaffection bei gastrischen, biliösen oder intermittirenden Fiebern ausmachen.

Der Verlauf ist in der Regel ein acuter und bei Hinwegschaffung der im Darme enthaltenen schädlichen Potenzen durch die Natur oder die Kunst und deren weiteren Vermeidung ist weder chronischer Darmcatarrh, noch Recidive oder habituelle Diarrhoe zu fürchten. Längere Dauer oder Rezidiven schwächen die Verdauung für längere Zeit, und setzen temporär nicht selten die Gesammtvegetation bedeutend herab. Die auf solche Weise zu Stande kommende habituelle Diarrhoe hat das Unangenehme, dass gewisse Dinge für immer oder längere Zeit gemieden werden müssen.

Viele der hieher einschlägigen Formen müssen als decidirte Krisen, die Mehrzahl derselben als unzureichende kritische Entleerungen betrachtet werden.

Die Diarrhoea verminosa, eine durch die Gegenwart von Würmern bedingte Diarrhoe oder Darm-Catarrh gehört auch hieher, — nur beim Abgang von Würmern und dem Ausschlusse anderer Ursachen kann man von dieser Art Catarrhs sprechen.

Die Catarrhe des Darmkanals sind dem Sitze nach nicht näher zu bestimmen. Die mit Diarrhoe einhergehenden sind gewöhnlich die ausgebreiteteren, oder ihr Sitz ist am unteren Ende des Dünndarms oder im Dickdarme; die im Zwölffingerdarme oder im oberen Theile des Jejunums localisirten sind häufig mit Stuhlverstopfung verbunden, gewöhnlich Fortsetzungen des Magencatarrhs, und werden nicht selten durch Uebergreifen des Catarrhs in die Gallengänge die Ursache von Icterus.

c) Die seröse Diarrhoe. Vorwaltend wässerige Beschaffenheit der Entleerungen, und ein sehr untergeordnetes Bestehen oder

gänzliches Mangeln des Catarrh's im Darme zeichnen diesen Zustand aus.

Die Benennung dieser Form ist dem Hauptsymptome entnommen, und es lässt sich auch das Wesen nicht anders bezeichnen, als dass dasselbe vorzüglich in einer überwiegenden serösen Secretion der Darmschleimhaut bestehe.

Diese seröse Diarrhoe ist bei Erwachsenen seltener, und hat hier durchaus nicht die weitere Bedeutung, als bei ihren Vorkommen im Säuglingsalter, wo sie die unmittelbare Folge schlechter Nahrungsverhältnisse, theilweise oder vollends die Abfuhrsquelle für die dem kindlichen Organismus zugeführte Nahrung ist; und auf dem Wege der Erschöpfung das Leben des Letzteren direct untergräbt.

Seröse Entleerungen bei Erwachsenen sind manchmal die Folge heftiger Gemüthsaffecte: Schreck, Furcht, Angst etc. oder sie werden durch grössere Gaben von drastischen Abführmitteln oder durch den Genuss von schlechten Wasser, Obst u. dgl. nur sehr selten durch plötzliche Verkühlungen erzeugt. Sie sind gewöhnlich ausgiebig und zahlreich; und es hängt der weitere Verlauf von den ursächlichen Verhältnissen etc. ab.

Seröse Diarrhoen sind unter gewissen Verhältnissen die spontane oder durch Drastica angeregte Krisis bei chronischen Hydrops, Morbus Brightii, pleuritischen Exsudate u. dgl., und bestehen auch hier oft längere Zeit ohne allen oder dem entsprechenden Grade von Darmcatarrh.

Die seröse Diarrhoe der Säuglinge, ist eine der wichtigsten Krankheitsformen dieses Alters; der Aehnlichkeit wegen, welche in den Erscheinungen höhere Grade mit der Cholera haben, wird dieser Prozess auch Cholera infantum genannt; und es bleiben die durch Verkühlungen entstandenen, so wie die das Zahnen begleitenden Diarrhoen hier ausgeschlossen. Die letzteren Formen sind Bezugs ihrer Diagnose, Bedeutung und Therapie von den oben angegebenen Diarrhoen der Erwachsenen nicht verschieden.

In den Leichen der an seröser Diarrhoe sterbenden Kinder findet man am häufigsten ausser Schwellung der Darmfollikel und deren Füllung mit einer trüben oder durchsichtigen schleimigen Flüssigkeit keine materielle Veränderung der Darmschleimhaut; manchmal ist letztere hyperämisch. Das Blut ist eingedickt, theerartig und in die grösseren venösen Gefässe zurückgedrängt; die übrigen Organe und Gewebe sind anämisch, besonders die Lunge und die Leber.

Die gallertartige Erweichung der Darmhaut hierbei ist Leichensymptom, die nicht seltenen Ineinanderschiebungen des Darmes entstehen im Sterben und es bestehen beide Zustände ohne Zeichen reactiver Vorgänge.

Aetiologie.

Die Ursache dieser Diarrhoe bei Säuglingen ist nicht entsprechende Ernährung; daher sie bei den künstlichen Auffütterungen am häufigsten, wohl aber auch bei fehlerhafter Mutter- und Ammenmilch vorzukommen pflegt. Auch zu viel, zu consistente Nahrung, zu reichhaltige Milch erzeugen dieselbe. Geringere Grade stellen sich auch zur Zeit der Entwöhnung ein.

Die Symptome dieser fieberlosen Krankheit sind anfangs: dünne, wässerige Entleerungen von grünlicher oder gelblich grüner Farbe, oder sie sind farblos, dem Milchserum ähnlich; flockige oder käsige Beimischungen sind manchmal zugegen, die Stuhlgänge erfolgen häufig; der Geruch derselben ist dem der sauren Molken ähnlich; ihre Reaction ist sauer und sie enthalten nach Bednař Hefenpilze, Fett, Casein, mehr oder weniger Gallenfarbstoff, viel Wasser und nur wenig Eiweiss; Anfälle von Kolikschmerzen, daher Unruhe und klägliches Geschrei der Kinder, Anziehen der Füsse, Winden des Rumpfes; Oefteres Erbrechen bald nach genossener Nahrung, wo diese unverändert oder sauerriechend abgeht, gesellt sich bald früher, bald später hinzu, und wechselt mit der Diarrhoe in der Folge nicht selten ab. Nach einiger Zeit und dem Grade der Entleerungen entsprechend früher oder später stellt sich Verfall des Aussehens, Eingefallenheit, Cyanose der Lippen und Extremitäten, Kälte der Peripherie, ein sehr frequenter Puls ein; das Kind nimmt keine Nahrung, liegt mehr soporös dahin, wimmert oder schreit manchmal laut auf; der Bauch fällt nie; die Entleerungen sind wie früher oder dunkler, bräunlich, dickflüssig, auch lehmig. Die dickflüssigen dunklen Massen riechen nach faulen Eiern. Die Urinsecretion und Ausleerung ist vermindert. Convulsionen sind in der letzten Zeit manchmal zu beobachten.

Als Complication wird häufig Soor und Aphthen der Mundhöhle, Erythem und Excoriationen am After und den unteren Extremitäten, Pneumonie und andere Entzündungen, Gangrän der äusseren Haut, Decubitus, Abscesse, Anasarca, Blutzersetzung etc. gesehen, — und es bilden diese Zustände in der Mehrzahl die Folgen der Diarrhoe (Bednař).

Der Verlauf dieser Diarrhoe ist auch gewöhnlich acut oder subacut, von ein paar Tagen bis 3 Wochen. Leichtere Fälle gehen

bei günstiger Aenderung der Nahrung und sonst guter Pflege schnell zur Besserung, die Anzahl der Stuhlgänge wird geringer, diese werden foeculent etc. Unter anderen Verhältnissen steigern sie sich zu höheren Graden und führen, so wie diese auf dem Wege der Erschöpfung und Blutzersetzung oder durch die möglichen Complicationen: Pneumonie, Entzündungen seröser Häute zum Tode.

In ihrem acuten Verlaufe pflegt die seröse Diarrhoe einen dreitägigen Typus zu beobachten so, dass am häufigsten am 3., 6. oder 9. Tage, entweder die Besserung oder die Anzeichen eines ungünstigen Vorganges auftreten (Bednař).

d) Auch als Intermittens larvata kann Diarrhoe mit verschiedener Beschaffenheit der entleerten Massen auftreten; Diarrhoea typosa der Autoren; — am häufigsten sind derlei Diarrhoen im Anfange des Cholera-Prozesses (Vide Cholera).

Chronischer Catarrh des Darmkanals begleitet die geschwürigen Prozesse daselbst: Krebs, Tuberkel, lentescirenden Typhus, oder er bildet sich langsamer bei den oben angeführten Krankheiten aus, welche ein mechanisches Hinderniss des Kreislaufes bedingen und dadurch die Stase im Darmkanale hervorbringen. Aus der rein acuten Form geht derselbe kaum anders als durch Missbrauch der Medikamente oder durch fortgesetztes schlechtes Regime und wiederhohlte Verkühlungen hervor.

Der bei Geschwürszuständen bestehende Catarrh ist gewöhnlich auf die nächsten Stellen der letzteren beschränkt; bei ausgebreiteter Stasis (Herz-Lungenfehler, Cirrhose der Leber etc.) ist derselbe ein mehr diffuser, nimmt den Dickdarm und das untere Ende des Dünndarms ein.

Die Symptome des im oberen Theile des Dünndarmes bestehenden Catarrhs sind ganz dunkel und fallen zunächst mit den des chronischen Magencatarrhs zusammen; für die tiefer gelegenen, die übrigens häufig genug lange symptomenlos bestehen, gelten als Zeichen: die diarrhoischen, vorzugsweise dickschleimigen Entleerungen, welche mit Faecalmassen gemischt sind oder letztere gewissermassen einhüllen; wohl auch ohne Faeces in Form dicker, klumpiger oder streifig länglicher Massen, mit Schmerzen oder ohne solchen abgehen. Andere Störungen der Verdauung, Vollsein nach dem Essen, Aufstossen, übler Geschmack, Appetitmangel etc. kurz gleichzeitiger Magencatarrh fehlt bei höheren Graden selten.

Doch sind höhere Grade dieses Zustandes nicht häufig, und

geringere Grade haben keine constanten Symptome im Gefolge; die schleimigen Diarrhoen sind der Menge und Zahl nach gewöhnlich gering, wechseln mit normalen oder dünnflüssigeren faeculenten Stuhlentleerungen oder mit Verstopfung ab; manchmal sind auch subjective Schmerzempfindungen u. dgl. zugegen. Wichtig ist für die Diagnose eines vorhandenen geringgradigen chronischen Catarrhs bei bestehender mechanischer Stasis in der Capillarität des Darmes die grosse Geneigtheit zu activen, mehr hochgradigen, selbst fieberhaften Diarrhoen, die sich auf die geringsten Veranlassungen einzustellen pflegen.

Nicht jede chronische oder zeitweise zwar aber wiederholt sich einstellende Diarrhoe findet in einem Catarrh der Darmschleimhaut ihre nächste Begründung. Geschwüre des Magens, des Darmes, abnorme Secretion der Darmschleimhaut, der Leber, länger fortgesetzte oder abwechslungsweise thätige fehlerhafte Nahrungs- und klimatische Verhältnisse, krankhafte Innervation bei Gehirn- und Nerven-Krankheiten, bei Schwäche des Nervensystems überhaupt liegen solchen Diarrhoen, die häufig mit Stuhlverstopfung abwechseln zu Grunde.

Der Verlauf und die Dauer des chronischen Darmcatarrhs so wie der chronischen Diarrhoe ohne Catarrh ist verschieden, und theils von dem primären Leiden theils von der Lebensweise des Individuums abhängig und in der Regel von untergeordneter Bedeutung.

Lienterie, Diarrhoea indigestorum, Magenruhr ist keine eigene Art von Diarrhoe in Hinsicht deren materiellen Begründung; im Allgemeinen versteht man darunter den Abgang von unverdauten Nahrungsstoffen bald nach deren Genusse, und es kann dieser Zustand bei den verschiedenen Geschwüren des Magens, des Darmes, bei chronischer Dysenterie, bei acuten und chronischen Catarrhen, bei Leberkrankheiten etc. etc. vorkommen, und hat somit keine bestimmte semiotische Bedeutung.

Die Prognose der hier unter dem Capitel von Darmcatarrh und Diarrhoe zusammengefassten verschiedenen Zustände ist auch ganz verschieden.

Eine sehr gefährliche Erkrankung bildet die Diarrhoe der Säuglinge, weil es nicht immer eine schlechte Beschaffenheit der Nahrung ist, welche selbe erzeugt, und weil nicht immer dem Missverhältnisse zwischen Nahrung und Verdauungskraft in so schneller Zeit als der Prozess höhere unheilbare Grade erreicht, abgeholfen werden kann.

Die übrigen acuten Catarrhe und Diarrhoen der Erwachsenen, ohne Rücksicht auf die Beschaffenheit des Entleerten sind im Durchschnitte leichtere, gewöhnlich selbst rasch heilbare Erkrankungen,

wenn sie nicht durch schlechtes Regime gesteigert oder durch unzweckmässige Therapie misshandelt werden. Durch directe Einwirkung auf den krankhaften Vorgang wird der Verlauf in den meisten Fällen abgekürzt, gewissermassen abgeschnitten.

Anders verhält es sich mit den chronischen Diarrhoen, weil dieselben in der Regel bei längeren Bestande ein tieferes, gewöhnlich unheilbares Leiden vermuthen lassen. Die chronischen Catarrhe als solche sind selten von besonderer Bedeutung für den weiteren Verlauf chronischer Leiden oder für das raschere Untergraben der Gesammtconstitution; und es hängt das Meiste hier von zweckmässiger Lebensweise und Behandlung ab.

Die Therapie ist hier in den meisten Fällen nach den verschiedenen ätiologischen Momenten verschieden, ist häufig eine rein exspectative, häufiger eine directe und unmittelbar auf den Krankheitsprozess einwirkende.

a) Was die Behandlung des reinen acut entstandenen Darmcatarrhs anbelangt, so erfordert derselbe da, wo er im untergeordneten Verhältnisse bei anderen acuten Krankheiten vorkömmt, keine besondere Therapie; Enthaltsamkeit von Speisen und Vermeiden alles Reizes von Seite des Getränkes oder der Medicamente reichen gewöhnlich aus.

Entstanden nach dem Gebrauche von Purganzen hören geringe Grade mit der Hinweglassung der Ersteren bald von selbst auf.

Auch selbstständige, durch Verkühlung zu Stande kommende und mit Fieber verlaufende Darmcatarrhe erfordern häufig nichts anderes zur Heilung als Warmhalten (vorzüglich des Bauches), einige Zeit Ruhe, schleimige Suppen oder karge oder nur solche Kost, welche den Catarrh des Darmes nicht steigern kann (kein Obst, kein Gemüse, keine fetten, schwer verdaulichen Stoffe etc.).

Höhere Grade des durch Verkühlung (auch durch Medicamente) erzeugten Catarrhs erfordern nebst der bereits angegebenen Vorsicht in der Diät das Vermeiden von Verkühlungen, Warmhalten des Bauches (warme Umschläge oder Einwicklung mit trockenen oder feuchten Tüchern) und innerlich schleimige Mittel: Salep, Althaea, Emulsionen allein oder mit Zusätzen von Opium.

Das einfachste und beste sind Dowerische Pulver (10 Gran in 6 Theile getheilt) derart genommen, dass nach jedem diarrhoischen Stuhle eine Dosis (also $^1/_6$ Gran Opium) gegeben wird. Im Nothwendigkeitsfalle kann man die Dosis verstärken oder etwas Tannin zusetzen.

Verkühlungen sind noch durch längere Zeit zu meiden. Bei öfteren Eintreten der Diarrhoe nach Verkühlungen, dem sogenannten habituellen Durchfalle aus Verkühlung, ist das Tragen von Flanell oder der zeitweise Gebrauch der Priessnitz'schen Leibbinde in der schlechten Jahreszeit etc. anzurathen.

b) Bei den durch unzweckmässige oder schädliche Nahrungsstoffe, durch starke Secretion der Darmsäfte, der Galle etc. angeregten, oder durch climatische Verhältnisse unterhaltenen Diarrhoen muss die Therapie hauptsächlich gegen das ursächliche Moment gerichtet sein, und besteht als prophylactische einerseits in Vermeidung solcher Dinge, die nicht vertragen werden, in Verbesserung durch Zusatz von Aromaticis, Wein etc. (z. B. zu Obst, Gemüsse, Wasser) derjenigen Dinge, deren Genuss gar nicht, oder nicht leicht umgangen werden kann; andererseits in mässiger und gewählter Diät überhaupt, welche Alle, die zu Diarrhoe disponirt sind, während der heissen Jahreszeit, im fremden Clima, zur Zeit herrschender Diarrhoe etc. beobachten müssen.

Bereits ausgebrochene derartige Diarrhoen erfordern nicht immer gleich eine Behandlung; denn wie bereits gesagt, ist eben eine rasch sich einstellende Diarrhoe die schnellste Crisis des ganzens Leidens selbst; in anderen Fällen muss durch die Kunst eingeschritten werden, und es kommt hier oft darauf an, nicht zu lange mit der zweckmässigen Therapie zu warten, letztere besteht aber nicht in der Darreichung von schleimigen oder opiumhältigen, den Zustand noch verschlimmernden Dingen, sondern in der Darreichung der sogenannten Antigastrica, Antibiliosa, Antacida der Pharmacologen; in einzelnen Fällen muss selbst die Entleerung der abnormen Stoffe noch unterstützt werden etc.

In die specielleren Angaben einzugehen erscheint überflüssig, es genügt anzuführen, dass Magnesia allein oder mit Cremor tartari, Tamarinden, Salmiak, Pflanzensäuren, kleine Gaben Rheum und zwar bald die einen, bald die anderen hier ihre zwekmässige Anwendung finden.

Entleerungen durch Erbrechen sind selten angezeigt, und man hat sich des Tartarus emeticus ganz zu enthalten.

Als Abführmittel passt am besten R h e u m mit Cremor tartari und einem Oelzucker (z. B. Foeniculi).

Warmhalten des Bauches, Chamillen-Thee, Elaeosaccharum Menthae sind manchmal symptomatisch bei Flatulenz und Bauchgrimmen erforderlich; und die Vorsicht in der Diät, besonders die Enthalt-

samkeit von der betreffenden Schädlichkeit (Obst etc.) ist nie ausser Acht zu lassen.

c) Bei den serösen Diarrhoen der Erwachsenen, wenn sie nicht mit der beseitigten Ursache von selbst aufhören, oder eine Art kritischer Bedeutung bei Hydrops haben, gibt man Pulvis Doweri, Opium, Tannin (wie oben).

Bei der serösen Diarrhoe der Säuglinge ist es Hauptsache, die Diät zu regeln und dem individuellen Reizvertrage des Kindes anzupassen. Am besten ist die Milch gesunder Mütter oder Ammen; bei der künstlichen Auffütterung ist das richtige Verhältniss sehr schwer zu treffen, darum dieselbe, wenn sie dem Kinde nicht zum Vortheile gereicht, bei Zeiten mit der Brust einer gesunden Amme verwechselt werden soll.

Die frühzeitige Anwendung von Mehlbrei etc. ist zu vermeiden. Zur Zeit der Entwöhnung sind die Kinder nicht gleich mit schwer verdaulichen Dingen zu überladen.

Von Seite der Medicamente gibt es nur ein Medicament, welches die Ausbildung höherer Grade hindert, oder das Zustandekommen dieser Diarrhoe völlig verhüthet, und das ist die reine gebrannte Magnesia. Wo überhaupt Zweifel besteht, dass das Kind durch die gereichte Nahrung genährt wird; oder wo sich saures Abführen, saures Erbrechen einstellt, ist Magnesia zu geben (ganz kleine Mengen allein oder mit etwas Zucker, etwas Wasser); unter dem zeitweiligen, selbst länger fortgesetzten täglichen Gebrauch derselben gelingt manche künstliche Auffütterung, oder gedeiht manches Kind bei der Brust seiner Mutter oder seiner ersten Amme, was sonst nicht geschehen wäre.

Höhere Grade, welche gewöhnlich durch Vernachlässigung des bis jetzt Gesagten entstehen, weichen häufig keiner Therapie und die Kinder sterben schnell dahin.

Opiate sind schädlich, Ipecacuanha nützt nichts, Rheum ist weniger wirksam als Magnesia, Chamomilla, Semina foeniculi etc. bei gleichzeitigen Bauchgrimmen und Flatulenz nicht ohne Wirkung, doch für das Ganze (Adaptirung der Nahrung und Bindung der vorhandenen Säure) nicht ausreichend.

Complicationen und Folgezustände der serösen Diarrhoe der Kinder erfordern ihre besondere Behandlung, die hier fast ohne Unterschied erfolglos ist, und immer mit der oben angegebenen, gegen das Grundleiden gerichteten combinirt werden muss, soll überhaupt nur einige Aussicht auf Erfolg erzielt werden.

4. Bei Diarrhoea intermittens ist Chinin zu geben und nach Umständen auch eine Säure bindende oder die Secretion des Darmes etc. verbessernde (Pflanzensäuren, Tamarinden) Therapie damit zu verbinden.

5. Die Behandlung des chronischen Darmcatarrhs und der chronischen Diarrhoe ist nach dem hierüber oben Angegebenen sehr verschieden.

In der Mehrzahl bleibt eine pedantische Ueberwachung der Kost und des Regimes (des Warmhaltens) die Hauptsache; wiewohl lästig und oft scheinbar überflüssig, so ist dieselbe doch immer nothwendig, denn ohne ihr gelingt nie die Heilung dieser Zustände und häufig durch sie ganz allein.

Chronischer Catarrh oder Diarrhoe ohne Geschwürzustand des Darmes erfordern übrigens manchmal zur Heilung oder zur Milderung ein arzneiliches Eingreifen, und es werden hier Pulvis Doweri, Opium, Alaun, Tannin, Radix Colombo, cortex Chinae, cortex viridis nucum juglandum etc., und zur Verbesserung der Verdauung gleichzeitig mit den früheren oder allein verschiedene Aromatica in Pulver-, Pillen- oder Tinkturform angewendet, und es behauptet die Nux Moschata hierunter den grössten Vorzug. Sie wird für sich allein oder mit etwas Pulvis corticis Cinnamomi oder Elaeosaccharum Menthae in Pulverform mehrmals des Tages genommen oder noch besser Messerspitzweise der Suppe zugesetzt.

Guter rother Wein ist bei chronischen Diarrhoen häufig von Vortheil.

Bei chronisch catarrhalischem Zustande des Dickdarmes sind auch kalte Klystiere, kalte Sitzbäder, Einspritzungen mit Alaun- oder Lapis-Lösung anzuwenden.

Bei Catarrhen und Diarrhoen, die im Gefolge von Herz- und Lungen-Krankheiten etc. bestehen, ist die Anwendung der sogenannten stillenden Mittel nicht immer rathsam, und es sind hier copiösere Darmentleerungen für das Befinden des Kranken häufiger vortheilhaft, oder wenigstens ist die der Anwendung solcher Mittel folgende Verstopfung immer nachtheilig.

II. Entzündungen des Darmkanals.

Die Entzündung des serösen Blattes fällt mit der Peritonitis zusammen (sowohl in ihren Symptomen als in der Therapie), und wird hier nicht Weiters besprochen.

Die Entzündung sämmtlicher Häute des Darmrohres, Enteritis phlegmonosa mit ihren Ausgängen in Eiterung, Verdickung, Verengerung, Brand etc. kommt entweder in Folge traumatischer äusserer Einwirkungen: Stoss-, Stich- und Schusswunden etc. oder in der Umgebung von Geschwüren, an perforirten, eingeklemmten, invaginirten etc. Stellen des Darmes vor; wird daher einerseits in chirurgischen Werken besprochen, oder fällt mit dem zusammen, was bei Geschwüren, Darmperforation, innerer Darmeinklemmung etc. gesagt werden wird.

Nur die Entzündung des Blinddarmes Typhlitis, muss ihres eigenthümlichen Vorkommens wegen besonders besprochen werden.

Von den exsudativen Prozessen auf der Schleimhaut des Darmes ist die als Dysenterie bekannte Exsudation der Dickdarmschleimhaut die einzige Form, welche in grosser Ausdehnung, selbst ganz selbstständig und primär verkommt.

Die Exsudation bei Typhus kann nicht von ihren localen Verhältnissen im Darm allein aufgefasst und gewürdigt werden, und andere Entzündungsprozesse sind nur untergeordnet und kommen secundär bei Exanthemen, bei Pyämie, bei Entzündungen anderer Organe vor.

Es werden diese exsudativen Prozesse auch gewöhnlich in ihren Symptomen durch die des anderen Leidens gedeckt; — die durch dieselben erzeugten functionellen und subjectiven Symptome weichen nicht besonders von acuten Darm-Catarrh und Diarrhoe ab, oder sie sind jenen der Dysenterie gleich; — ihre Diagnose ist nur durch den Abgang von Exsudations-Producten mit den Stuhlgängen sicher zu stellen und ihre Therapie ist beiläufig dieselbe, wie sie für die entzündlichen Formen des Darmcatarrhs angegeben wurde.

a) Entzündung des Blinddarmes (und des wurmförmigen Fortsatzes), Typhlitis.

Die Schleimhaut-Entzündung des Blinddarmes, Typhlitis und des Wurmfortsatzes ist entweder eine catarrhalische oder croupöse; entsteht durch Anhäufung von Kothmassen, Zwetschken-, Kirschenkernen, Obstschalen etc. (die des Wurmfortsatzes speciell noch durch Kothsteine); hat grosse Neigung zur Geschwürsbildung, und es besteht mit ihr gleichzeitig eine umschriebene Peritonitis, an welcher auch das anliegende Zellgewebe (Perityphlitis) Theil nimmt.

Diese Peritonitis setzt manchmal ein beträchtliches Exsudat, welches als solches länger bestehen, mannigfache Verwachsungen und

Verdickungen erzeugen, oder zur Eiterung und Durchbohrung nach Aussen oder in das Darmrohr führen kann.

Die Typhlitis führt häufig auf dem Wege der Geschwürsbildung zur Darmdurchbohrung und nicht selten zur lethalen Peritonitis. Erfolgt die Durchbohrung erst später nach erfolgter Anheftung des zu perforirenden Stückes, so bleibt der nachtheilige Einfluss zunächst auf das umschriebene Exsudat und dessen Umgebung beschränkt; theilweise Verjauchung desselben, so wie des umliegenden Zellgewebes, Abscessbildung in der Haut, in den nahen Muskeln, öfter mit Durchbruch nach aussen oder in den Darm etc. können zu Stande kommen. Abscesse in der Leber und allgemeine pyämische Zustände werden wohl auch gelegenheitlich beobachtet.

Die auf der Schleimhautfläche gesetzten Geschwüre können heilen und dadurch Verengerungen, bleibender Substanzverlust des Darmrohrs gesetzt werden.

Unter Perityphlitis versteht man die Entzündung des den Blinddarm nach Hinten anheftenden Zellgewebes, auch sie geht in Vereiterung und Verjauchung über, und erstreckt sich in verschiedener Ausbreitung auf das Zellgewebe der rechten Darmbeingegend; diese Eiterungen und Verjauchungen setzen ebenfalls secundäre pyämische Zustände und der Durchbruch des Eiters kann nach Aussen, in das Darmrohr oder in das Cavum des Bauchfelles etc. stattfinden.

Die Perityphlitis kommt häufig als Folge der Typhlitis, doch auch substantiv ohne letztere zu Stande.

Krankheitsbild.

Typhlitis und Perityphlitis lassen sich in ihren Erscheinungen nicht strenge sondern.

Das Leiden tritt gewöhnlich mehr acut unter folgenden Symptomen auf:

Der Kranke empfindet anhaltende fixe Schmerzen in der Coecalgegend, welche durch äusseren Druck, durch Bewegungen des Kranken, tiefe Respirationsversuche verstärkt werden, stechend, reissend, bohrend und dem Grade nach verschieden, manchmal gar nicht bedeutend sind, sich wohl auch in anderen Fällen über einen grossen Theil des Unterleibes verbreiten. Ausser diesen continuirlichen Schmerzen treten zeitweise heftigere, kolikartige schnürende Schmerzen vorzüglich an den genannten Stellen ein.

Bei der Untersuchung findet man diese Gegend resistenter, gespannt oder eine nicht deutlich umschriebene, mehr weniger harte, manchmal unebene Geschwulst, welche immer oberflächlich gelagert,

mehr weniger in die Tiefe sich fortsetzt, und deren Ausbreitung in die Fläche eine ganz verschiedene sein kann. Der Percussionsschall ist an dieser Stelle dumpfer, auch ganz leer.

Der Stuhl ist angehalten, gewöhnlich geht die Verstopfung schon einige Zeit den anderen Symptomen voraus.

Fieber fehlt in den rascher zu Stande kommenden Fällen nicht; manchmal beginnt die Entzündung unter starkem Schüttelfroste und das Fieber ist hochgradig, durch entzündlichen Harn und Hirnhyperämie ausgezeichnet, und es können sympathisches Erbrechen von gallicht-schleimigen oder wässerigen Massen, Harndrang, Harnbeschwerden, Hodenschmerz, das Gefühl von Schwere und Taubsein im rechten Fusse etc. vorhanden sein, ohne dass die Ausbreitung der bestehenden Peritonitis eine grössere genannt werden könnte.

Bei Zunahme des Prozesses und dessen ungünstigem Verlaufe steigern sich die Schmerzen und es gewinnen die bleibenden eine grössere Ausdehnung; der Bauch wird gegen jede Berührung sehr empfindlich, stellenweise sind die Gedärme meteoristisch aufgetrieben; Stuhlgang erfolgt keiner, oder die Entleerungen sind schleimig, wässerig, wenig faeculent, wenn gleich stark stinkend; stinkendes Aufstossen, Erbrechen zuletzt von kothigen Beimischungen, grosser Collapsus des Kranken, kleiner sehr frequenter Puls, Angst, Sopor des Kranken etc. treten hinzu, als Folgen theils der grösseren Ausbreitung der Bauchfellentzündung, theils der Unwegsamkeit des Darmes.

In anderen Fällen zieht sich der Anfang der catarrhalischen Form längere, selbst lange Zeit unter den Erscheinungen von Stuhlverhaltung und zeitweisen schleimigen, wenig faeculenten Entleerungen, von dumpfen Schmerzen, auch periodischen Anfällen von Kolik hin, bis der nahe Durchbruch des Darmes oder die schon geschehene Perforation desselben sich durch eine heftige, verbreitete Peritonitis zu erkenuen gibt, und es kann in solchen Fällen nur durch die der Untersuchung auffallenden Kothmassen im Blinddarme die Diagnose auf Catarrh des Blinddarmes muthmasslich gestellt werden.

Ganz unzugänglich der Diagnose ist die für sich bestehende, durch Kothsteine langsam angeregte und unterhaltene Entzündung des Wurmfortsatzes, welche als eine der häufigeren Ursachen der aus Perforation des Darmes entstehenden Peritonitis beim plötzlichen Eintritte der letzteren dann leicht vermuthet werden kann, wenn für die Perforation keine andere Ursache auszumitteln ist.

Aetiologie.

Wenn auch die Anhäufung von Kothmassen im Blinddarme als die Ursache der Typhlitis angesehen wird, so ist doch das eigentliche ursächliche Verhältniss beider nicht genau constatirt. Denn nicht immer sind es Leute mit habitueller Stuhlverstopfung, welche dieser Form unterliegen, sondern häufiger werden jüngere, sonst ganz gesunde Individuen plötzlich von der acuten Form und gewöhnlich im höheren Grade befallen; — bei diesen acut zu Stande kommenden Formen müssen entweder eigene Mischungs - Verhältnisse der Faecalmassen (überwiegender Antheil derselben an Kirsch-, Pflaumenkernen, an Hülsen u. dgl.) oder raschere Einkeilung eines festeren Körpers in den Wurmfortsatz oder gleichzeitige Verkühlung thätig sein.

Die chronisch verlaufenden Catarrhe des Blinddarms mit folgenden Geschwür etc. mögen wohl allein auf zeitweise oder habituelle Verhaltung von Faecalmassen zurückzuführen sein, ebenso mag die langsam verlaufende und unmerklich zur Perforation führende Entzündung des processus vermiformis ihren Ursprung vorzüglich der Gegenwart von Kothsteinen zu verdanken haben.

Die acuteren Fälle bei sonst ungestörter Gesundheit betreffen häufiger das jüngere Lebensalter (von 15—30 Jahren), und Typhlitis überhaupt ist häufiger beim männlichen Geschlecht zu beobachten.

Die Perityphilis für sich entsteht manchmal durch Verkühlung oder Trauma, häufiger secundär bei puerperaler Peritonitis oder Wirbeleiterung etc.

Der Verlauf ist manchmal acut, manchmal wie gesagt chronisch. Der chronische Verlauf ist einmal durch die allmälige Ausbildung der Geschwüre und den langsamen Verlauf des catarrhalischen Zustandes, das andere Mal durch die Metamorphosen des Exsudats, die Eiterungen Verwachsungen etc. bedingt, und so zieht sich die Krankheit, die bei günstigen und ungünstigen Ausgange in einigen Tagen verlaufen kann, auch in die Monate und mit ihren Folgen in die Jahre hin, und wird auch erst nach langer Zeit, selbst bei mehr selbstständig hinzutretender Peritonitis oder Dysenterie etc. durch die bestehende Verengerung des Darmes oder dessen mannigfacher Verwachsung der Grund des lethalen Ausganges.

Ausgänge:

Die Heilung ist bald eine raschere, bald eine langsam zu Stande kommende, und in beiden Fällen eine vollständige oder nicht.

Rasch und vollständig erfolgt dieselbe bei den acuten Fällen, wenn nicht grosse Mengen von Exsudat gesetzt sind, und dieses

schnell resorbirt wird; oder bei eintretender Eiterung zwar langsamer, wenn sich der Eiter einen günstigen Ausweg schafft; — am langsamsten und gewöhnlich unvollständig ist die Heilung dann, wenn auf dem Wege der Verwachsung, der Perforation des Darmes vorgebeugt wird, aber vorhandene Geschwüre der Schleimhaut, grössere Mengen des Exsudats und dessen Metamorphosen oder Eitersenkungen etc. die Sache in die Länge ziehen.

Langsam heilende Abscesse, Eitersenkungen, selbst Fisteln, bleibende Verengerungen des Darmes, chronischer Catarrh oder habituelle Stuhlverstopfung können die weiteren Folgen der unvollständigen Heilung sein.

Die Krisen bei rascher Heilung sind die gewöhnlichen, die meiste Würdigung verdient der baldige Abgang faeculenter, stark stinkender Massen mit harten, spitzigen Beimischungen.

Die eintretende Eiterung, die Eitersenkungen etc. werden nach dem in den chirurgischen Werken angegebenen Zeichen erkannt.

T ö d t l i c h verläuft sowohl die acut, als chronisch angeregte Form durch Perforation des Darmes und Peritonitis, durch den zu hohen Grad der begleitenden Peritonitis auch ohne Perforation (dessen Zeichen schon oben angegeben sind), oder durch Pyämie und secundäre Ablagerungen in andere Organe, und es kann dieser letztere Zustand zu verschiedenen Zeiten der Exsudatbildung und dessen Vereiterung und Verjauchung stattfinden.

Die Zeichen der lethalen Peritonitis kommen bei den Krankheiten des Bauchfelles zur Sprache und werden hier nicht weiter angeführt.

V e r w e c h s l u n g der mehr langsam und mit umschriebener Peritonitis verlaufenden Form mit Psoas-Abscess ist möglich, doch ist bei letzteren die Darmfunction normal, die Zeichen der Peritonitis fehlen, die Bewegung des rechten Fusses ist meistens vollständig aufgehoben, der Fuss wird angezogen, mit krummen Knie gehalten; die Geschwulst liegt mehr der Mittellinie des Körpers zu, mehr in der Tiefe und ist von Darmschlingen bedeckt etc. etc.

Die P r o g n o s e der Typhlitis ist nur in den acuten Fällen, wo kein bedeutendes Exsudat gesetzt ist, und es gelingt, die Darmcontenta bald zu entfernen, günstig; in allen anderen Fällen ist die Prognose immer zweifelhaft, weil der eigentliche Vorgang und die weitere Gestaltung auch nicht annäherungsweise im Voraus bestimmt werden, und ganz unerwartet Perforation oder Pyämie eintre-

ten kann. Treten die Zeichen der letztgenannten Zustände ein, so ist die Prognose immer ungünstig, der Ausgang immer lethal.

Grössere Ausbreitung und Intensität der Peritonitis und grössere Mengen des Exsudats lassen selten eine vollständige Heilung zu.

Nicht jeder Ausgang in Eiterung ist tödtlich; im Gegentheil ist bei rascher und durchgreifender Eiterung und der Entleerung des Eiters nach aussen oder nach innen (bei vorgängiger Fixirung des Darmes an die Bauchwand) eine vollständige Heilung möglich, wie ich es wiederholt zu beobachten Gelegenheit hatte.

Die Prognose der Perityphlitis hervorgegangen aus Verkühlung oder einer traumatischen Einwirkung hängt von denselben Umständen ab; die puerperalen verlaufen meist ungünstig und lethal, ausser sie kommen erst in späterer Zeit nach dem Wochenbette zum Ausbruche, und es fehlen Complicationen anderer entzündlicher Affectionen.

Therapie.

Bei der acuten Form ist Anfangs die Entleerung des Darmes von den vorhandenen Kothmassen zu bewerkstelligen. Ein paar grössere Gaben Calomel (2—3 Gran pro dosi) am besten abwechselnd mit Ricinus-Oel, oder letzteres allein eignen sich hiezu am besten, und werden durch die Application von warmen Klystieren mit Zucker, Oel, Honig, jedoch ohne salzigen Beimischungen in den Fällen mit Vortheil unterstützt, wo die habituelle oder kurz bestehende Stuhlverhaltung eine hartnäckigere ist. Local werden nach dem Grade des fixen continuirlichen Schmerzes und der Spannung dieser Gegend, so wie nach dem Alter des Individuums etc. Blutegel in entsprechender Menge gesetzt und auf diese Stelle kalte Umschläge gemacht.

Erfolgt die hinreichende Entleerung des Darmes bald, noch ehe viel Exsudat gesetzt war, so kann mit dieser Behandlung und einem durch mehrere Tage fortgesetzten Regime der ganze Prozess in kurzer Zeit beendet sein.

Dieselbe Entleerung des Darmes ist angezeigt, wenn bei habitueller Verstopfung etc. die Anhäufung von Kothmassen im Blinddarme nachgewiesen wird, und der Ausbruch einer acuten Typhlitis durch Empfindlichkeit dieser Gegend, geringe Kolikschmerzen etc. zu befürchten steht.

Nur zu rasche Ausbildung einer hochgradigen Peritonitis an dieser Stelle, wie es geschieht, wenn die Krankheit nicht gleich in der ersten Zeit erkannt oder die nöthige Therapie versäumt wird, oder der Verdacht einer bevorstehenden oder schon geschehenen

Darmperforation verbieten den Gebrauch der genannten ausleerenden Mitteln. Hier ist man auf locale Antiphlogose und die symptomatische Darreichung des Morphiums oder des Opiums gewiesen.

Ist die Entleerung des Darmes bewerkstelliget worden, besteht aber Peritonitis und Exsudat noch fort, so wird die Steigerung der Hyperämie durch ruhiges Verhalten, nach Umständen durch kalte oder warme Umschläge hintangehalten, und die Resorption oder weitere Gestaltung des Exsudats der Natur überlassen, oder nur durch äussere Mittel auf schonende Weise unterstützt; ausser den bereits genannten Umschlägen kommen hier allgemeine warme Bäder, Mercurial- oder Jod-Einreibungen für sich oder mit Extractum Cicutae, Belladonnae zur Anwendung.

Innere Medicamente leisten auch nicht mehr, und es sind Abführmittel zur Bethätigung der Resorption angewendet hier schädlich; ja es ist allenfalsigen Stuhlverhaltungen eher durch Klystiere und nur im Falle der Nothwendigkeit durch vorsichtiges Darreichen von Ricinusöl oder saurer schwefelsaurer Magnesia, oder Magnesia saccharata zu begegnen.

Beim Eintritte von Eiterung, Abscessbildung in den Bauchdecken etc. ist das Weitere Gegenstand der chirurgischen Behandlung; doch sind bei derartigen Ausgängen: Chinin, Säuren, Eisen, gut nährende Kost, Wein, etc. durch das Eiterungsfieber oder die Anämie angezeigt.

Nach wie immer beendigter Krankheit ist Schonung der Theile, Vermeidung von Verkühlungen, und auf diätetischen Wege zu erzielende Verhüthung von Stuhlverstopfungen noch durch längere Zeit die nothwendige Aufgabe zur Consolidirung der erzielten Heilung.

b) Dysenterie.

Hierunter versteht die pathologische Anatomie einen Exsudativ-Prozess in und auf die freie Fläche der Darmschleimhaut, welcher fast ausschliesslich im Dickdarme vorkömmt.

Klinisch lässt sich ein zweiter Prozess des Dickdarmes die sogenannte Follicular-Verschwärung desselben, hievon nicht trennen, und es werden beide gemeinschaftlich abgehandelt.

Die Dysenterie der Anatomen nimmt vom Rectum aus nach aufwärts an Intensität ab; auch sind bei deren grösserer Verbreitung die Flexuren des Dickdarms diejenigen Stellen, wo sie am intensivsten erscheint. Ihre Ausbreitung ist nicht immer dieselbe; bleibt häufig auf das Rectum oder das Colon descendens etc. beschränkt und greift in seltenen Fällen auch über die Blinddarmklappe auf den dünnen Darm hinüber.

Der Exsudation gehen intensive Röthung, Schwellung der Schleimhaut, seröse Infiltration in Form von Bläschen, und Abstossung des Epitheliums voraus. Das Exsudat wird zum Theil auf die freie Fläche, zum Theil in die Schleimhaut abgesetzt; wird abgestossen, oder bleibt haften und stellt sich in Form verschieden dicker, gelblichweisser, grauröthlicher, mehr feuchter Lagen in Plättchen oder Membranform oder als bräunliche mehr trockene Schüppchen dar; unter welchen die Schleimhaut ihres Epitheliums beraubt, geröthet, geschwollen, serös infiltrirt oder erweicht erscheint.

Das Exsudat ist leichter oder schwer abstreifbar, liegt bald in grösseren Flächen (inselartig), oder nur auf den hervorragenden Falten der Schleimhaut (streifenartig) auf; und es haben diese Stellen ein höckeriges unebenes warziges Aussehen entsprechend der serösen Infiltration des submucösen Zellstoffes.

Durch die Infiltration des submucösen Zellstoffes erscheint das Darmrohr bei grösserer Ausbreitung des Prozesses verdickt; in der Höhle des erweiterten Darmes findet sich eine missfärbige Flüssigkeit, welche Exsudat, Epithelien, Blut und Darmcontenta enthält. Die von Exsudat verschonten Stellen in der Nähe desselben, sind im Zustande des Catarrhs, und stellenweise ragen die geschwellten Follikel hervor.

Durch das molekuläre Zerfallen des Exsudats und der Schleimhaut, kommt es zu Substanzverlusten der letzteren, zu den charakteristischen, dysenterischen Geschwüren und unter weiters nicht immer gekannten Verhältnissen zum Brand der ganzen Schleimhaut, ja des Darmrohres in seiner ganzen Dicke. Es erscheint erstere in diesem Falle in einen schwarzbraunen Schorf, oder letzteres in eine stinkende, schwarzbraune oder schwarze, feuchte, morsche Masse verwandelt. Das Contentum des Darmes ist in diesen Fällen eine stinkende, jauchige, dunkelgefärbte Flüssigkeit.

Die Follicular-Verschwärung auch catarrhalische Exculceration genannt, kommt ebenfalls vorzugsweise im unteren Theile des Dickdarmes, und bei grösserer Ausbreitung hier am intensivsten vor. Die Schleimhaut ist geschwollen, von dicklichen gelblichen Schleime bedeckt und etwas ödematös, die einzelnen Follikel treten als rundliche oder conische Knötchen hervor, aus deren Höhle sich im Verlaufe ein schleimartiges Pfröpfchen, später ein eiteriges Fluidum ausdrücken lässt. Der Darminhalt ist ein schleim- oder eiterartiges, mit Blut, Faecalmasse etc. gemischtes Fluidum.

Der Follikel geht durch Verschwärung zu Grunde und es bleibt

an dessen Stelle das catarrhalische oder Follicular-Geschwür. Einzelne oder mehrere dieser Geschwüre können zusammenfliessen und dann unebene ausgebuchtete Geschwüre darstellen. Auch hier ist Verjauchung des Exsudats und brandiges Zerfallen der Schleimhaut zu beobachten.

Krankheitsbild.

Der Prozess tritt gewöhnlich nicht stürmisch sondern unter mehr localen Symptomen auf.

Nach einigen dünnflüssigen, doch faeculenten Stuhlentleerungen, die gewöhnlich schon unter Bauchgrimmen abgesetzt werden, stellen sich heftigere kolikartige Schmerzen vor jeder Entleerung ein, die an sehr verschiedener meist wechselnder Stelle des Unterleibes zwischen Nabel und Magengrube empfunden werden; den Stuhlentleerungen folgt ein schmerzhafter, anfangs nur ganz vorübergehender Stuhlzwang. Die Entleerungen fangen an weniger massenhaft, dagegen zahlreicher zu werden, und es werden in den geringen serösen oder serös-faeculenten Mengen, Schleimklümpchen oder glasiger Schleim in grösseren Stücken mit oder ohne Blutbeimischung gesehen.

Bald (nach 1—2 Tagen) oder gleich mit dem Eintritte von Tenesmus hören diese Entleerungen auf, und es werden jetzt nur ganz kleine Mengen (Thee-Kaffeelöffelvoll etc.) eines glasigen oder trüben, mit Blutpunkten, Blutstreifen gemischten Schleimes nach stärkeren Anfällen von Kolik abgesetzt; der Tenesmus steigt in gleichem Grade, dauert nach jeder Entleerung einige Zeit, zwingt auch wohl den Kranken schon anfangs gleich zu vergeblichen schmerzhaften Versuchen des Stuhlabsetzens.

Dieser Grad des Leidens wird häufig ohne Fieber, bloss von leichten gastrischen Symptomen begleitet, aber auch ohne diesen beobachtet, und hier ergibt auch die manuelle Untersuchung des Bauches entweder ein negatives Resultat oder einige Empfindlichkeit in der Gegend des linken Darmbeines beim grösseren Drucke auf den Grimmdarm.

Dieser Grad ist es, den man gewöhnlich als catarrhalische Dysenterie zu bezeichnen pflegt, und es kann derselbe sofort in baldige Heilung übergehen.

Bei anderen Fällen tritt mässiges Fieber gleich mit der Diarrhoe oder mit den dysenterischen Entleerungen ein, dasselbe macht selbst deutliche Exacerbationen des Abends; die Empfindlichkeit des absteigenden Grimmdarms, des S romanum, ist eine bedeutende; hier

findet sich sofort an einer mehr weniger beschränkten Stelle das gespannte verdickte Darmrohr durch die Bauchdecken als strangartiger Körper durch, die ganze untere Bauchgegend ist gegen Druck empfindlich; und nebst den oben angeführten kolikartigen Schmerzen dem schmerzhaften Tenesmus und den schleimig-blutigen, mit Exsudatflocken, streifigen, bröckligen Exsudatmassen gemischten Entleerungen stellen sich manchmal Brennen am After, Harndrang, Harnzwang, Erbrechen, Hyperämien zum Gehirne ein.

Diese als entzündliche Ruhr (Dysenteria inflammatoria) bezeichnete Form kann, nachdem sie paar Tage zu der eben angegebenen Ausbildung gebraucht hat, ohne weiters und zwar plötzlich oder mehr langsam in Heilung übergehen, oder es entwickeln sich aus ihr die übrigen therapeutisch und prognostisch wichtigen Formen der Dysenterie.

Die Entleerungen erfolgen häufiger, auch zu 5—10mal in der Stunde; sie wechseln mit leeren schmerzhaften Drängen ab, gehen selbst in dieses über (Dysenteria sicca); die entleerten Massen sind dünn, eiterartig oder mehr weisslich, eiweissartig (Dysenteria alba); oder dunkler, auch missfärbig — mit sichtbaren Beimischungen von Blut (Dysenteria rubra), mit Schleimbröckeln, Exsudat-Gerinnsel, Schleimhautgeschabsel etc. etc.

Die kolikartigen Schmerzen sind nicht mehr an die Entleerungen gebunden, dauern für sich längere Zeit fort. Der Kranke collabirt und liegt mit eingefallenem Gesichte im leicht soporösen Zustande dahin; die Extremitäten werden kalt, der Puls nimmt an Frequenz zu; die Schmerzhaftigkeit beim Drucke, welche mittlerweilen nach der Ausdehnung des Prozesses auch eine grössere Ausbreitung gewonnen hat, steigert sich stellenweisse sehr hoch und es kommt bei Berührung dieser Stellen (des queren Grimmdarmes, selbst des Coecums) sogleich zu Stuhlzwang oder zu Entleerungen, dasselbe erfolgt sobald der Kranke irgend eine grössere Menge von Flüssigkeit zu sich genommen hat. Aufstossen und Erbrechen sind häufig, aber nicht in allen Fällen zugegen.

Im weiteren Fortschritte und nach ganz unbestimmter Reihenfolge und Zeitdauer der genannten Symptome nimmt der Sopor und Verfall des Kranken zu, die Schmerzhaftigkeit hört auf, der Darm ist theilweise meteoristisch aufgetrieben, die Entleerungen erfolgen unwillkührlich, häufig oder nicht, und sind von obiger Beschaffenheit (Dysenteria nervosa, ulcerosa), oder sie werden jauchig, sehr stinkend, schwärzlich braun, mit missfärbigen, bröckligen oder theerartig blutigen Beimischungen etc. (Dysenteria gangraenosa).

Unter solchen Erscheinungen stirbt der Kranke, ohne dass im Darme Geschwürzustand oder Brand immer nachzuweisen wäre.

Anders gestaltet sich das Ende, wenn secundäre pyämische oder sonstige Entzündungen das Leiden compliciren.

Jene Formen, welche mit den Zeichen der Blutsepsis (Blutungen, Petechien) einhergehen, nennt die practische Medizin Dysenteria putrida, septica.

Und die mit gastrisch-biliosen Symptomen einhergehenden oder durch Galle und Diätfehler angeregten Formen sind die, welche ältere Aerzte als Dysenteria gastrica und biliosa bezeichneten.

Aetiologie.

Dysenterie als selbstständiger primärer Prozess kommt endemisch, epidemisch, und sporadisch vor.

Als endemische Krankheit steht sie unter denselben Einflüssen wie der Intermittens-Prozess, und es werden die in diesen Gegenden herrschenden grösseren Epidemien auch durch dieselben Ursachen erzeugt; wechseln wohl auch mit Epidemien der Intermittens ab.

Das epidemische Vorkommen ausserhalb des Intermittens-Bezirkes hängt grösstentheils von ähnlichen Verhältnissen ab, wie wir sie für das Entstehen des Typhus angegeben haben.

Für das gelegentliche Ergriffenwerden des Individuums zur Zeit der Epidemie, so wie für das sporadische Vorkommen gelten als Gelegenheitsursachen: Verkühlungen, Diätfehler, vorzüglich schlechtes, unreifes Obst, Gurken, Melonen, schlechte Milch, schlechtes Bier; ferner der grössere Erguss von Galle in das Darmrohr.

Kein Alter und kein Geschlecht ist von den verschiedenen Formen des dysenterischen Prozesses verschont. In der Epidemie werden Gesunde und sonst an verschiedenen acuten und chronischen Krankheiten Leidende in gleicher Anzahl befallen.

Sporadische Fälle kommen bei sonst gesunden jüngeren Leuten, und bei Kindern häufiger, aber auch bei Morbus Brightii chronicus bei Tuberculösen etc. vor.

Beim epidemischen Vorkommen hängt der Character der Krankheit und der Verlauf des Prozesses nicht bloss von individuellen Verhältnissen, sondern auch vom Character der Epidemie ab; es gibt gutartige und bösartige Epidemien; übrigens ist uns sowohl das epidemische als sporadische Vorkommen der Dysenterie, ebenso wie das Vorkommen des Typhus, der Intermittens, der Cholera weiters unerklärlich.

Dysenterie soll contagiös sein und das Contagium an den Ausleerungsstoffen haften (?).

Als secundärer oder manchmal als untergeordneter Prozess kommt Dysenterie nach der Cholera, bei Exanthemen, Entzündungen, seltener nach Typhus etc. vor (wie bereits oben gesagt wurde).

Verlauf, Dauer.

Der Verlauf ist acut oder subacut. Die sogenannten chronischen Formen gehören dem folgenden und langsam heilenden Geschwürzustande, dem folgenden Catarrh und nur in seltenen Fällen der chronisch verlaufenden Follicularverschwärung bei älteren oder dyscrasischen Individuen an.

Was die Dauer anbelangt, so können die meisten Fälle bei sonst günstigen Verhältnissen des Kranken und ausserhalb bösartiger Epidemien in ihren Verlaufe aufgehalten, somit die Dauer abgekürzt werden. Sonst wechselt die Dauer zwischen 8 Tagen bis 6 Wochen bei günstigen Ausgang; das lethale Ende tritt gewöhnlich in den ersten 14 Tagen, selten später oder nur durch secundäre Prozesse eingeleitet ein.

Ausgänge.

1. In Genesung; ist bei substantiver Dysenterie sonst nicht dyscrasischer Individuen und nicht bösartiger Epidemie häufig.

Leichter möglich ist die Heilung am Anfange der Krankheit und bei zweckmässiger Behandlung.

Die eigentliche Krisis ist die Entleerung von Faecalmassen — sie kann durch die Kunst eingeleitet werden, und es erscheint die schonende Fortleitung der zurückgehaltenen und während des dysenterischen Prozesses nie abgehenden Faecalstoffe das beste Heilmittel für den dysenterischen Prozess selbst zu sein.

Zu welcher Zeit immer (ob am 3., 6. etc. Tage der Krankheit) Faeces mit dem Stuhle abgehen, und gleichviel, ob ihr Abgang durch die Kunst oder durch die Natur eingeleitet wird, mit ihrem Erscheinen lassen die lästigen Symptome nach oder hören, wenn diess bald anfangs geschieht, plötzlich und mit Einmal auf.

Bei höheren Graden oder wenn die Krankheit schon einige Zeit gedauert hat, stellt sich wohl noch Tenesmus, leichte Kolik zeitweise ein, auch das Fieber dauert noch fort; die Stuhlentleerungen, wie wohl weniger zahlreich, sind noch mit Schleim, eiterartiger Flüssigkeit, etwas Blut gemischt, und hier ist es vorzüglich, wo zwischen den faeculenten Stühlen der Abgang häutiger, schlauchartiger Gerin-

nungen allein oder mit Schleimklumpen gemischt, am deutlichsten zu sehen ist.

Bei einiger Dauer der Krankheit und stärkerem Fieber gehört auch Schweiss und reichlicher, sedimentirender Harn zu den Krisen. Auch werden Parotitis, Hautabscesse, Speichelfluss als Krisen angeführt.

Wenn Faeces nebst dysenterischen Stühlen abgehen und dadurch der Prozess nicht der Heilung zugeht, so gilt hievon das, was oben beim chronischen Verlaufe gesagt wurde, das heisst, es gehören diese Formen den gebildeten Geschwüren oder einem nachfolgenden Catarrh oder der chronischen Follicularverschwürung an.

Recidiven sind, besonders in der ersten Zeit nach überstandener Krankheit häufig, und bei schlechtem Verhalten leicht möglich.

2. In Nachkrankheiten; hieher gehören: die dysenterischen Geschwüre, folgende Stricturen des Darmes oder längere Zeit dauernder chronischer Catarrh; Abscesse um den After (Periproctitis) und Ausbildung von Hämorrhoidalknoten daselbst.

Bei Geschwüren bleiben die Entleerungen noch lange von fremden Beimischungen verunreiniget, die Erhohlung geht langsam, Rückfälle sind leichter. Bei grösserer Ausbreitung der Geschwüre kommt es auf dem Wege der Tabescenz (Enterophthysis) zum frühzeitigen Tode. Stricturen bedingen die Nachtheile und ebenfalls ein frühzeitiges Ende gleich allen anderen Darmverengerungen.

3. Tödtlich endigen acute Fälle durch die Heftigkeit und Ausbreitung des Prozesses, durch Gangrän, Pyämie mit folgenden secundären Organ-Erkrankungen, seltener durch Darmperforation oder die Complicationen (Peritonitis und Hepatitis).

Complicationen:

Ausserdem dass Dysenterie bei Scorbutischen, Tuberculösen, mit Morbus Brightii, Krebs Behafteten auftreten kann, sind weiters für das substantive Vorkommen als solche anzuführen:

1. Intermittens; es kommen nebst den dysenterischen Stühlen und Tenesmus etc. typische Anfälle von Fieber vor, oder es stellen sich die Symptome der Dysenterie typisch zur bestimmten Zeit des Tages ein, dauern nicht lange (1—2 Stunden), und setzen den ganzen Tag aus (Dysenteria intermittens, typosa).

2. Febris biliosa; starkes Fieber, gallichte Entleerung am Anfange, hierauf dysenterische Symptome etc.

3. Peritonitis entwickelt sich manchmal im Verlaufe des dysenterischen Prozesses, und setzt nach Ablauf des letzteren seinen

Gang fort, oder wird durch die Menge des Exsudats die Ursache des Todes.

4. Hepatitis suppuratoria soll in den Tropenländern bald vor, bald mit, bald nach Dysenterie vorkommen.

Verwechslungen der Dysenterie mit anderen Zuständen können bei genauer Besichtigung der Entleerungen und wegen der gleichzeitigen Kolik und des Tenesmus nicht leicht stattfinden.

Hämorrhoidal-Blutfluss bei gleichzeitigem Stuhlzwang oder heftigerer Darmcatarrh durch Purganzen etc., welcher mit Grimmen und Zwang einhergeht, wären ohne genauere Inspection am ehesten für Dysenterie zu halten.

Prognose.

Bei epidemischen Vorkommen richtet sich dieselbe, wie bei allen Epidemien sehr nach den betreffenden Charakter derselben.

Endemische Dysenterien sind durchschnittlich gefährlicher, besonders für Fremde, nicht Acclimatisirte.

Was die Individualitäten anbelangt, so sind Aeltere, Cachectische vorzüglich nach Intermittens, ferner Scorbutische, mit Morbus Brightii Behaftete oder Reconvalescenten nach Cholera, Typhus etc. übler daran, wenn gleich nicht in allen Fällen verloren.

Die übrigen Momente, welche die Prognose bestimmen, sind der Grad und die Dauer des Leidens, die Heftigkeit einzelner Symptome, vorzüglich der kolikartigen Schmerzen und die Häufigkeit der Entleerungen, die Beschaffenheit der letzteren, die Aussenverhältnisse des Kranken und gleichzeitige Complication mit Peritonitis oder deren Mangel.

Schlechte Zeichen sind: schweres Darniederliegen des Kranken, unwillkührliche, stinkende Entleerungen, Symptome der Sepsis, der Pyämie oder der Darmperforation.

Therapie.

Die Prophylaxe bei endemischen und epidemischen Vorkommen fällt mit dem hierüber bei Intermittens und Typhus Gesagten zusammen.

Das Regime ist in solchen Fällen von dem beim Typhus angegebenen mit wenigen selbstverständlichen Ausnahmen nicht wesentlich verschieden.

Um bei solchen Kranken, wenn ihrer Viele im Spitale beisammen liegen, die nöthige Reinhaltung und Pflege effectuiren zu können, ist es am Besten die dysenterischen Stühle in untergelegte, fleissig gewechselte Tücher abgehen zu lassen.

Bei sporadischen Vorkommen ist das Regime so wie bei anderen entzündlichen Leiden einzurichten, nur gestatte man den Kranken nicht, das Bett zu verlassen, er möge den Stuhl in die Leibschüssel oder in ein untergelegtes Tuch absetzen.

Die gebotenen Getränke, am besten Wasser (Mandelmilch oder ein Decoctum Althaeae, Salep etc. schaden zwar auch nicht), werden in kleinen Quantitäten gereicht, ebenso Fleischbrühe oder Reisschleim, wenn der Kranke darnach Verlangen hat.

Die eigentliche Therapie beschränkt sich im Anfange bei nicht höher ausgesprochenem Entzündungsgrade auf die Darreichung von Manna electa (½ Unze — 6 Drachmen) in Decocto Althaeae, oder von Cremor tartari mit Magnesia (in kleinen Mengen aber öfter genommen, am Besten in dem zum Getränke bestimmten Wasser), und man setzt hiermit so lange fort, bis faeculente Stühle erscheinen, die gewöhnlich nicht lange auf sich warten lassen.

Bei gleichzeitigen biliösen Erscheinungen sind Tamarinden (in Decocto oder als Pulpa) und Cremor tartari vorzuziehen.

Bei stärkerem Status gastricus, längerer Stuhlverhaltung und nicht häufigen dysenterischen Entleerungen, geringerer Kolik etc. wird mit gutem Erfolge Ricinus-Oel (selbst 1—2 Unzen) gegeben.

Bei hochgradiger Spannung und Schwellung des Darmes, starkem Schmerz beim Druck auf denselben und sehr schmerzhaften Tenesmus sind Blutegel an den After zu setzen, Umschläge (feuchtwarme) auf den Bauch und die Aftergegend zu machen, und nebst Cremor tartari einige oder mehrere Dosen Calomel (½—1 Gran pro dosi) zu geben. Auch warme Bäder können hier nützlich sein.

Bei schon älteren Fällen oder bei sonst ungünstigen Constitutions-Verhältnissen der Kranken oder der Epidemie ist vor Allem Alaun zu versuchen.

Bei den sogenannten chronischen Formen, also eigentlich nach Beendigung des acuten dysenterischen Prozesses werden noch gelobt und können wirksam sein: Tannin, Pulvis Doweri, Lapis infernalis, essigsaures Blei, Colombo, Tormentilla etc. etc. und es wird vielleicht die Verbindung einzelner dieser mit Rheum das Wirksamste sein.

Gleichzeitige Intermittens, Blutsepsis etc. fordern die geeignete Behandlung.

Für Aderlass und Brechmittel wird selbst im Anfange der Krankheit selten eine genügende Anzeige gegeben sein; doch ist erstere bei starken Fieber und die letztere bei sehr überladenen Magen nicht zu fürchten.

Opium und Morphium am Anfange gegeben steigern den Tenesmus und schieben jeden noch so günstigen Verlauf hinaus.

Die schleimigen Mittel, wie schon gesagt, schaden nicht, nützen aber auch nichts gegen die Krankheit und verkleistern den Magen.

Die Klystiere anfangs sind füglich zu entbehren, sie machen den Zustand nur qualvoller, — auch tröste man sich über die Unerreichbarkeit des dysenterischen Darmes von oben aus; denn wenn auch die Faecalmassen darüber stagniren, so werden doch genossene Flüssigkeiten augenblicklich an der kranken Stelle empfunden. Die hierüber an mir selbst gemachten Erfahrungen räumen dem Cremor tartari in meinen Augen darum den ersten therapeutischen Rang ein.

In späterer Zeit, bei unsicherer Diagnose des näheren Zustandes, bei Geschwüren etc. kann Lapis infernalis oder Alaun, Tanin etc. in Klystierform gegeben werden; natürlich darf die jedesmalige Menge des Klystiers nicht gross sein, und der Kranke muss versuchen, dasselbe lange bei sich zu behalten, wenn er es überhaupt kann.

Das Besondere, was die Entzündung des Mastdarmes theils in ätiologischer Beziehung (aus mechanischen Ursachen hervorgegangen), theils in ihren Folgen (Verengerung, Polypenbildung etc.) darbiethet, weiset dieselbe der chirurgischen Behandlung zu. Eben so gehört die sonst sehr wichtige Form von Periproctitis (Entzündung des Zellgewebes um den Mastdarm) vor das chirurgische Forum.

III. Cholera, Cholera asiatica. Cholera Morbus. Die asiatische Brechruhr.

Begriff der Krankheit lässt sich keiner aufstellen, da das Wesen derselben ganz unbekannt ist. Wegen der Haupt - Symptome des Erbrechens und Durchfalls wird sie den Darmkrankheiten am besten eingereiht, obgleich sie ebenso zu den acuten Constitutions-Erkrankungen oder zu den Nervenkrankheiten gerechnet werden kann.

Der Sections - Befund ergibt, wie bei allen Krankheiten, auch hier sehr mannigfache Modificationen; doch sind die constantesten Veränderungen in den Leichen folgende, und zwar bei den im eigentlichen Cholera-Anfalle Verstorbenen: Hyperämie des Gehirns und seiner Häute, Blutleere, Trockenheit und Collapsus der Lungen. Das Blut ist in den Herzhöhlen und den grösseren Venen angehäuft, von dunkler Farbe und gewöhnlich dickflüssig oder theerartig oder in lockeren Klumpen mit geringen (oder keinen) Faserstoff - Abscheidun-

gen; waren die Entleerungen im Leben nicht bedeutend, so ist das Blut auch dünnflüssiger. Die serösen Häute, vorzüglich Pleura und Peritoneum fühlen sich klebrig an; der Ueberzug der Gedärme ist manchmal mit einer fadenziehenden Exsudatschichte bedeckt.

Der Dünndarm ist in grösserer, manchmal in der ganzen Ausdehnung durch capilläre Hyperämie der Serosa rosenroth gefärbt, aber auch ganz erblasst, collabirt und schwappend; die Schleimhaut desselben bedeutend oder wenig injicirt; die stark geschwellten Darmzotten gewähren derselben ein sammtartiges, rauhes Aussehen; die solitären Follikel sind geschwellt, mit trüber Flüssigkeit gefüllt; im Darme findet sich eine verschiedene Menge von reisswasserähnlicher Flüssigkeit oder eines dicklichen dem Kleister ähnlichen Beleges der Schleimhaut. Die Leber blass, blutleer; die Gallenblase mit dickflüssiger Galle gefüllt und ausgedehnt; die Milz normal oder kleiner, die Kapsel geschrumpft, besonders bei früher bestandenen Tumoren. Die Nieren normal an Grösse und hyperämisch, häufiger aber in den verschiedenen Graden der Brightischen Entartung. Die Harnblase zusammengezogen und leer.

Aeusserlich Cyanose, Collapsus, Faltung der Haut an den Fingern und Zehen; manchmal die Muskel der Wade noch in krampfhafter Contraction etc. etc.

Anders verhält sich der Sections-Befund bei den im Stadio der Reaction, also nach dem Cholera Anfalle Gestorbenen, und ist am häufigsten so: geringere Hyperämie des Gehirns; Hypostase in den Lungen, Catarrh der Bronchien; dünnflüssiges Blut im Herzen und den grösseren Gefässen, hier auch Blut-Imbibition; der Darm meteoristisch aufgetrieben, nicht hyperämisch, nicht klebrig anzufühlen; die Zotten nicht geschwellt, die Follikel auch weniger und nur in geringerer Ausbreitung am unteren Ende des Ileums, dagegen die Peyer'schen Drüsenhaufen geschwellt, schlaff, selbst fester infiltrirt, auch stellenweise Ulcerationen in denselben; die Mesenterial-Drüsen durch dunkles Infiltrat stark geschwellt; die Leber dunkel, die Gallenblase nicht stark ausgedehnt, die Galle licht und dünn; die Milz nicht kleiner, dabei weich, leicht zerreisslich und dunkel gefärbt. In den Nieren nicht immer die Brightische Entartung, manchmal dagegen frischer Catarrh der Nierenkelche oder Catarrh der Schleimhaut des ganzen uropoëtischen Systems. Die Harnblase nicht zusammengezogen, nicht ganz leer, trüben, lichten Harn enthaltend.

Krankheitsform und Verlauf.

Man unterscheidet allgemein 2 Stadien: das des Cholera-Anfalles und das der (dem Anfalle folgenden) Reaction.

Der Anfall tritt manchmal plötzlich ohne alle Vorboten ein; häufiger ist es nicht so der Fall; diess und die Wichtigkeit der Vorboten für die Therapie überhaupt machen es nothwendig, dieselben speciell anzuführen.

Die Vorboten bestehen in Diarrhoen, in Bauchgrimmen und in Appetitstörungen; und es sind diese Erscheinungen zur Zeit der herrschenden Epidemien von grösster Wichtigkeit.

Die Diarrhoe besteht in der Entleerung einer dünnen, nicht schleimigen, gelblich, gelblichgrün, auch bräunlich gefärbten, anfangs mit Faecalmassen gemischten Flüssigkeit, welche in grosser Menge und wie aus einer Spritze mit Gewalt entleert wird; die Anzahl der Entleerungen ist nicht bedeutend, selbst nur 1 — 2 Mal des Tages, und sehr häufig haben dieselben eine streng typische Eintrittszeit, sie kommen des Nachts (um Mitternacht) oder zu bestimmter Zeit am Tage, selbst auch über den 2. Tag, und setzen in der übrigen Zeit vollends aus.

Aufgeblähter Unterleib, zeitweises Grimmen, in die Entfernung hörbares Poltern in den Gedärmen und Appetitstörungen begleiten in vielen Fällen den Zeitraum der Diarrhoe, haben aber nur bei gleichzeitigen Bestande der Diarrhoe erst eine eigentliche Bedeutung.

In seltenen Fällen werden diese Diarrhoen ohne weiteren Erscheinungen der Cholera häufiger, selbst sehr häufig; — und die Entleerungen nehmen ganz das Aussehen und die Beschaffenheit wie im Anfalle der Cholera an (Cholerine).

Diese Diarrhoe, welche in den meisten Fällen nichts Anders als schon beginnende Cholera ist, kann ganz unbestimmte Zeit bestehen, um dann entweder aufzuhören, oder sich mit einem Male zu steigern und durch das Hinzutreten der übrigen Erscheinungen in den wahren Cholera-Anfall überzugehen.

1. Stadium der Cholera. Cholera-Anfall.

Auch Stadium der Kälte, der Entleerungen, der Krämpfe, Stadium algidum, cyanoticum etc. genannt.

Steigerung der Diarrhoe, wenn welche vorhanden war, oder der Ein-

tritt häufiger wässeriger Entleerungen, welchen bald Erbrechen und die eigenthümliche Entstellung des Gesichtes folgt, machen den Anfang.

In ausgesprochener completer Form ist sowohl der Durchfall, als das Erbrechen häufig, beide werden mit Leichtigkeit und solcher Kraft vollzogen, dass die Flüssigkeiten wie aus einer Spritze durch Mund und After herausgeworfen werden. Die eigentlichen Cholera-Entleerungen (die seltener gleich beim Anfang der Entleerungen zu sehen sind, häufiger erst nach vorausgegangenen schleimig-wässerigen Erbrechen und faeculenter Diarrhoe folgen), sind weisslich oder farblos, trübe, dem Reiswasser oder einem dickeren Salep - Decoct ähnlich; sind ganz wässerig, riechen fade, dem Seifenwasser ähnlich, haben eine stark alkalische Reaction, ein niederes specifisches Gewicht 1002—1000; und enthalten eine verschiedene Menge suspendirter Flöckchen von zerlegten Natron - Albuminat und Epithelien, Spuren von kohlensauren Ammoniak und manchmal auch Spuren von Harnstoff und Zucker (Kletzinsky).

Die Entleerungen folgen häufig oder nicht; gewöhnlich werden sie durch vieles Trinken des Kranken an Zahl gesteigert, hiedurch aber auch die Vollziehung derselben erleichtert.

Rasch tritt mit diesen Entleerungen Cyanose des Gesichtes, der Lippen, der Mundschleimhaut und der Extremitäten ein; die Augen bekommen tiefe bläuliche Ringe, die Wangen fallen ein, die Nase spitzt sich zu. Das Gesicht, die Zunge, die Extremitäten etc. sind kalt anzufühlen, gewöhnlich dabei trocken (marmorkalt) seltener feucht (froschkalt). Der Kranke hat grosse Angst, Beklemmung der Brust oder starke schnürende Schmerzen in der Herzgrube und einen unlöschbaren Durst; der Klang seiner Stimme geht rasch verloren — es kann Aphonie eintreten.

Der Bauch ist eingezogen, die Muskel daselbst gespannt, fühlen sich hart an; bei geringerer Spannung derselben fühlt man an verschiedenen Stellen, manchmal an mehreren zugleich oder abwechselnd bald hier, bald dort ein deutliches Wasserschwappen. Krämpfe der Wadenmuskel (später auch anderer Glieder) stellen sich ein, sie sind sehr schmerzhaft; die Muskel bretthart, der Fuss, die Zehen nicht selten verzogen.

Der Puls ist anfangs sehr frequent und klein, später verschwindet derselbe und zwar häufig vollends. Dasselbe gilt vom Herzschlage, die Töne des Herzens und der Arterien werden schwächer, undeutlich, zuletzt ist nur mehr der erste Herzton schwach zu hören.

Die Elasticität der Haut geht verloren, gemachte Falten

gleichen sich nicht aus; häufig ist Gänsehaut zu sehen und bei längerer Dauer des Anfalles bleibende Faltung der Haut längs der Finger und der Zehen.

Die Harn Se- und Excretion versiegt im Anfalle eben so rasch als vollständig. Ich habe nie die geringste Entleerung des Harnes im Anfalle beobachtet. Doch wird von anderen Autoren die Beschaffenheit des Harnes im Anfalle angegeben, und es dürfte sich diese auf die langsamer zu Stande kommenden oder geringeren Grade (?) beziehen.

Nach Kletzinsky ist der Harn im Anfalle von geringen specifischen Gewichte, die Chloride sind beträchtlich vermindert, die Erdphosphate vermindert, das Uroglaucin vermehrt etc. nie fehlt eine wenn noch so geringe Menge Eiweiss (Stickstoffgehalt, Stoffreichthum und Salzmenge in toto betrachtet haben abgenommen). Im Sedimente des Harnes finden sich Faserstoffcylinder, spärliche Blutkörperchen, granulirte Zellen und eine Masse feinplattigen Nieren-Epithels.

Was die Eintrittszeit des Anfalles, die Reihenfolge, die Combination und den Grad der einzelnen Symptome, sowie die Dauer des Anfalles anbelangt, so herrscht in allen diesen Punkten keine Stätigkeit.

Der Eintritt erfolgt gelegentlich nach einer ganz unschuldigen Mahlzeit oder nach kurz vorausgegangenen Gemüthsaffecte, nach Diätfehlern oder Verkühlungen; aber auch ohne all' dem zu verschiedenen Zeiten des Tages, sehr häufig in den nächsten Stunden der Mitternacht.

Sehr wichtig ist es hervorzuheben, dass bei vorausgegangener, mehr typischer Diarrhoe gewöhnlich der Anfall um dieselbe Zeit sich einstellt, wo sonst die diarrhoischen Entleerungen Statt gefunden haben.

Die einzelnen Symptome sind manchmal gleichgradig, manchmal nicht, es fehlen sogar welche, und sie beobachten auch in ihrer Erscheinung keine bestimmte Reihenfolge.

Sehr selten sind die Fälle, welche ohne Entleerungen verlaufen (Cholera sicca).

Bei den schweren, gewöhnlich rasch lethalen Formen schwindet die Herz- und Arterienthätigkeit sehr rasch und gleich vom Anfange an (Cholera asphyctica).

In anderen ist die Kälte und Cyanose stärker ausgesprochen (Cholera algida, cyanotica), in anderen die Krämpfe (Cholera spasmodica) etc. etc.

Die Dauer des Anfalles ist verschieden, von einigen Stunden bis über zwei Tage. Auch werden Fälle angeführt, wo der Tod schon nach einigen Minuten ($^1/_4$—$^1/_2$ Stunde) eingetreten ist (Cholera fulminans seu siderans).

Eigentliche Recidiven des völlig und mit sogenannter günstiger Reaction abgelaufenen Anfalles sind bei dem decidirten Verlaufe solcher Fälle wohl nur selten; doch sind solche Rückfälle mit und ohne eigentlichen Gelegenheits-Ursachen und selbst mit günstigen Verlaufe derselben auch zu beobachten.

II. Stadium. Stadium der Reaction oder der Hitze genannt.

Man unterscheidet eine günstige und eine ungünstige Reaction, und bezeichnet letztere als Choleratyphoid, Choleratyphus.

Eigentlich gibt es nur eine Art und diess die günstige der Reaction; das Choleratyphoid ist als eine Nachkrankheit der Cholera aufzufassen, welche mit Typhus viel Aehnlichkeit hat, und wobei die im Cholera-Anfalle gehinderte Harn-Se- und Excretion gar nicht oder nie hinreichend hergestellt wird.

Die günstige Reaction kann bei jeder Dauer, jeder Form und jedem Grade des Cholera-Anfalles (am seltensten bei der asphyctischen Form), auch bei jeder Constitution des Kranken eintreten, und ist durch stätige Abnahme oder rasches Aufhören der Krankheitssymptome, durch den Eintritt allgemeiner Körperwärme (meist mit mässigem Schweise) und des normalen Pulses, am meisten aber durch reichliche Harnentleerung ausgezeichnet; und es führen die ersten Mengen des jetzt gelassenen Harns viel Eiweiss, sind reich an Uroglaucin, haben ein minderes spezifisches Gewicht, viel Epithel etc. Ohne lezterer der Harnentleerung nemlich, ist keine günstige Reaction anzunehmen, mögen die übrigen Zeichen sich wie immer günstig gestalten. Erst mit dem Harnlassen hat der Cholera-Anfall sein Ende erreicht; je mehr Harn bald gelassen wird, desto sicherer und schneller ist die Heilung.

Die Dauer dieses Stadiums ist verschieden; schon nach einigen Stunden kann es beendet und heftige Cholera-Anfälle sammt der Reaction können innerhalb 12—24 Stunden vollends abgelaufen sein. In der Regel zieht sich jedoch die Reaction (häufig in Folge der gebrauchten Medikamente) besonders bei heftigeren Anfällen oder deren längeren Dauer in die Länge von 2—5 Tagen und darüber

hin; und es stellen sich Anfangs noch Krämpfe, Brechneigung, selbst Erbrechen und einzelne diarrhoische Entleerungen etc. ein.

Das Choleratyphoid, als ungünstige Reaction, oder jetzt allgemeiner als acute Urämie aufgefasst und dessen Wesen durchaus unbekannt, gewiss nicht in allen Fällen dasselbe ist, ist ein häufiger Folgezustand des Choleraanfalles; ist nicht Allerorts, nicht in jeder Epidemie, nicht zu jeder Zeit derselben Epidemie gleich häufig zu beobachten; folgt leichteren Fällen der Cholera ebenso gut als den schwersten, kann bei allen Constitutions- und Alters-Modificationen der Befallenen beobachtet werden, und hat sowohl in seinen Symptomen, als im Sectionsbefunde (vide oben) viel Aehnlichkeit mit dem Typhus abdominalis.

Was die Ersteren anbelangt, so hören die eigenthümlichen Entleerungen auf, Puls und Wärme kehren zurück, doch ist ersterer häufig sehr frequent oder bleibt unter der Norm, und es ist der Puls- und Herzschlag schwach. Die Wärme ist ungleich vertheilt (stellenweise ist die Haut heiss, während Gesicht, Nase, Extremitäten sich kühl anfühlen) und wechselnd. Der Kranke liegt im soporösen gleichgiltigen Zustande dahin, verlangt nichts; murmelnde Delirien, Flockenlesen etc. beschäftigen ihn. Das Auge ist glanzlos, die Conjunctiva zeigt venöse Gefässinjection, ist mit Schleim bedeckt; die Zunge, das Zahnfleisch wird mit dicklichen, trockenen und rissigen Massen bedeckt; der Bauch wird mehr weniger meteoristisch aufgetrieben, gewöhnliche faeculent-diarrhoische Entleerungen erfolgen, häufig unwillkührlich; der Harn wird in seltenen Fällen ziemlich viel, häufiger nur wenig (unwillkührlich) oder gar nicht gelassen etc. etc.

In diesem Zustande, dessen Dauer und Grad im Allgemeinen verschieden sein kann, sterben viele Kranke, andere (die Minderzahl gewöhnlich) genesen; ersteres geschieht schneller, letzteres langsam auf dem Wege der gewöhnlichen Krisen, worunter die Harnentleerung wieder die Hauptsache ist.

Die auch schon anderwärts gefundenen Harnstoff-Krystalle im Schweisse solcher Kranker, fand Dr Drasche unter 800 Fällen des Choleratyphoids, zwölfmal an verschiedenen Stellen der Haut, (zum Theil unabhängig von der Schweiss-Secretion), in der Schleimhautauskleidung der Mund- und Rachenhöhle und bei einer Puerpera gleichzeitig in der Milch. Er deducirt mit Recht hieraus, dass die Erklärung der urämischen Zufälle aus der Gegenwart der Zersetzungsproducte des Harnstoffs (kohlensauren Ammoniak) im Blute nicht allgemein gültig sein könne. (Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 1856. III. und IV. Monatheft).

Weitere Varietäten.

Cholerina nennt man geringere Grade der Cholera oder die anfangs bezeichneten Diarrhoen mit Choleraartigen Entleerungen.

Cholera nostras, europaea, auch aestiva werden die seit dem Erscheinen der asiatischen Cholera in Europa hin und wieder gewöhnlich im Sommer vorkommenden, häufiger sporadisch als in kleinen Epidemien erscheinenden Fälle genannt, welche das deutliche Cholerabild an sich tragen, aber gewöhnlich mild verlaufen (fallen daher auch mit sporadischer oder minderen Epidemien der Cholera zusammen).

Cholera symptomatica (ein Gegensatz zur Cholera als Morbus) sind symptomatische Brechdurchfälle bei verschiedenen Krankheiten, vorzüglich Peritonitis, gallichten Fieber etc. die mit der Cholera gar nichts weiter gemein haben, und eine dem anderweitigen Leiden entsprechende Behandlung erfordern.

Aetiologie.

Die Cholera kommt epidemisch vor und steht unter weiters nicht bekannten miasmatischen Einflüssen. Die Epidemien sind nicht immer von demselben Charakter und derselben Ausbreitung. In der kalten Jahreszeit wurden sie bei uns nicht gesehen. Sie verfolgen in ihrer Ausbreitung manchmal die Richtung der Flüsse oder besondere Striche eines Landes; befallen mehrere Ortschaften gleichzeitig oder nacheinander, überspringen Andere; bleiben in anderen Fällen, auf einzelne Städte etc. beschränkt; auch in den befallenen Ortschaften werden einzelne Gebietstheile oder Gassen oder Häuser mehr mitgenommen, andere geschont oder später befallen etc.

Die Cholera hat in der Art ihres epidemischen Auftretens die grösste Aehnlichkeit mit Intermittens; diese ist es auch, welche gewöhnlich grösseren Epidemien der Cholera vorausgeht.

Die Cholera schont kein Alter, keinen Stand, keine Constitution des Menschen, doch werden dürftig Lebende, dem äusseren Einflüssen mehr Ausgesetzte und ein unordentliches Leben Führende häufiger befallen.

Zur Zeit herrschender Epidemien können als Gelegenheitsursachen in vielen Fällen: Ueberfüllung des Magens, der Genuss von Obst (besonders unreifen), von Gemüse, Berauschung, Verkühlung und die grosse Angst vor der Cholera nachgewiesen werden; oder es dienen einzelne dieser Umstände dazu, die schon vorhandene Diarrhoe zum wahren Cholera-Anfalle zu steigern.

Diarrhoen und Dispepsie sind zur Zeit der Cholera - Epidemie

an der Tagesordnung; dagegen sind entzündliche Leiden, Typhus, Exantheme als frisch entstandene nicht gleichzeitig zu beobachten; und es folgen deren welche: Typhus, Dysenterie, Exantheme in epidemischer Weise nach der Cholera.

Die Contagiosität der Cholera wird vielfach bestritten und ebenso hartnäckig vertheidiget; und wie natürlich werden für beide Ansichten die Data aus der Erfahrung hergeholt. Es kommen auch vereinzelte Fälle vor, wo die Contagiosität kaum in Zweifel gezogen werden kann; in der Mehrzahl der Fälle aber ist das Verhlätniss der Ausbreitung und des Umsichgreifens der Cholera ganz analog dem bei Wechselfieber Epidemien, und ganz verschieden von dem bei Typhus-exanthematicus. Aerzte, Geistliche, Wärter etc. werden bei keinen epidemischen Auftreten des contagiösen Typhus je so geschont wie bei der Cholera; und will man durchaus von der Contagiosität derselben nicht lassen, so darf man dieselbe ja nicht anders als im geringeren Grade bestehend, nicht auf alle Fälle anwendbar, sich denken. Welche Stoffe die Träger des Contagiums bei der Cholera sind, ist ebenso zweifelhaft als die Contagiosität der Krankheit selbst.

Die Ausgänge sind in der Hauptsache schon angegeben.

Der tödtliche Ausgang ist noch immer sehr häufig, $1/3$—$1/2$ der Erkrankten stirbt in den meisten Epidemien. Aeltere Leute, Schwächliche oder schon früher Kranke (an morbus Brightii, Tuberculose, Scorbut oder Typhus etc. Leidende) so wie dem Trunke oder einem unregelmässigen Leben Ergebene unterliegen häufiger. Der Tod tritt häufig im Anfalle asphyctisch ein, aber auch nicht weniger häufig im sogenannten Choleratyphoid.

Die gewöhnlichen Ausgänge, wenn der Anfall nicht tödtlich verläuft, sind schon angeführt worden, nur ist zu bemerken, dass bei günstiger Reaction manchmal Roseola oder Erythem und stärkere Gehirnhyperämien zu beobachten sind. Ferner können sich aus diesem Stadium: Dysenterie (selbst hochgradige), Darmcatarrh, Parotitis etc. als weitere Nachkrankheiten herausbilden, und in vielen Fällen bleibt auch nach dem besten Verlaufe längere Zeit hindurch Dispepsie, wohl auch unregelmässiger Stuhlgang zurück.

Complicationen.

Cholera befällt aller Art Kranke eben so gut als Schwächliche und ganz Gesunde, somit kann die Complication eine sehr mannigfache sein; Bezugs der acuten Leiden gilt diess vorzüglich zu Anfang der Cholera-Epidemie, weil selbe im Verlaufe der Letzteren selten in erheblichen Grade mehr zu Stande kommen. Man sieht auf

solche Weise Tuberculöse, Typhöse (in jedem Stadium), Scorbutische, Hydropische, mit Morbus Brightii etc. etc. von der Cholera befallen werden.

Die häufige Complication mit Morbus Brightii chronicus ist zur Erklärung des Leichenbefundes die Wichtigste.

Prognose.

Welche Constitutionen, welches Alter und welche Kranke, (die es schon früher waren) am meisten den schlechten Ausgang zu fürchten haben, wurde bereits angegeben.

In den anderen Fällen ist die Prognose schlecht beim raschen Eintritte des Cholera-Anfalles und dem schnellen Steigen der Symptome; die asphyctische Form ist die schlechteste, bei ihrem raschen Verlaufe ist sie fast immer lethal.

Dagegen ist in allen Fällen, wo die Krankheit langsam sich ausbildet, die Prognose nicht ungünstig; auf diätetischen und therapeutischen Wege lässt sich deren Steigen hindern, und es sind die derartigen, schlecht verlaufenden Fälle mehr der Missachtung oder Vernachlässigung der anfangs sich einstellenden Diarrhoe und dem ferneren schlechten Verhalten oder neuen schädlichen Einwirkungen als einer eigenthümlichen Bösartigkeit der Krankheit zuzuschreiben.

Therapie.

Die Prophylaxis und die Behandlung der ersten Symptome der Krankheit (der Diarrhoe) machen den wesentlichen Theil der Therapie aus.

Im Anfalle selbst ist meist das Handeln nur ein symptomatisches und der weitere Erfolg ein zufälliger mit Ausnahme dort, wo sich anfangs die Erscheinungen nicht stürmisch gestalten, kein rasches Sinken und Schwinden des Pulses zu beobachten ist.

Was die Prophylaxis anbelangt, so besteht dieselbe nicht in der Anwendung von Tincturen und Essenzen, sondern im ruhigen getrosten Fortsetzen der gewöhnlichen Lebensweise und in der Vermeidung der oben als (nicht aber für alle Fälle) erregende Ursachen angegebenen Umstände. Diätfehler, der reichlichere Genuss von Obst, Melonen, Gemüse etc. Verkühlungen und Angst vor der Cholera sind schlecht; und auch sonst gewohnte Reize werden hier nicht immer gut vertragen und müssen auf die Dauer der Epidemie ausgesetzt werden: so der auch mässige Genuss von Obst, Salat, Gemüse, Bier, Wasser etc. — Excesse in jeder Beziehung und grössere Anstrengungen können schädlich werden. Auflösende und abführende Mittel dürfen nicht gebraucht werden.

Jede in dieser Zeit eintretende Diarrhoe ist gleich der Cholera hoch in Anschlag zu bringen, und zu deren Sistirung das Nöthige nie zu versäumen, hierher gehören von Seite des Regime's das Verbleiben der Kranken im Zimmer oder im Bette, warme Einhüllungen oder Umschläge auf den Bauch, die grösste Vorsicht im Essen, bei Ausschluss aller oben genannten, wenn auch noch so angewohnten Nahrungsmittel.

Ist die Diarrhoe noch so gering und ist sie typisch, so ist Chinin, und zwar durch einige Tage um dieselbe Zeit fortzugeben, um so mehr gilt das bei höheren Graden der Entleerungen, und es ist in diesen Fällen in den Zwischenzeiten jedes Mediziniren überflüssig; nur das Regime sei streng, die Diät nicht gewagt.

Selten ist der Grad der nicht typischen Diarrhoen so gering, dass man zu deren Beseitigung mit dem blossen Regime sein Auslangen findet, und es sind für diese Fälle die Verbindungen des Opiums mit irgend einem geistigen oder ätherischen Mittel das Geeignetste. Liquor Hoffmanni ($^1/_2$ — 1 Drachme) mit Tinctura Opii (guttae decem-viginti) in Wasser, oder Aqua Menthae, Melissae, oder die Bastler'schen Tropfen, (Cholera-Tinctur: Olei Juniperi-, Cajeput-Anisi āā scrupulum, Liquoris Hoffmanni drachmam, Tincturae Cinnamomii drachmas duas, Elixirii acidi Halleri guttas decem — hievon jede $^1/_4$ — 1 Stunde 5 Tropfen) sind dem Opium allein, den Dowerischen Pulvern oder dem vielen Theetrinken vorzuziehen. Zum Getränk dient kaltes Wasser mit Elixirium acidum Halleri (guttae 6 — 10 auf 1 Glas), oder sehr leichte Aufgüsse von Folia aurantiorum, flores Tiliae, herba Melissae (Mentha, Chamomilla sind schlechter; Salep wird bald eckelhaft).

Nützen die genannten Mitteln nichts, nimmt die Zahl der Entleerungen zu, gesellt sich Erbrechen, verfallenes Gesicht etc. hinzu, oder war der Zustand gleich bei Ankunft des Arztes ein solcher und ist der Puls noch zu fühlen, so mache man eine Venäsection. Anfangs fliesst das Blut gewöhnlich schwerer, häufig bekommt man auch nicht viel, doch sind 3—6 Unzen hinreichend. Man kann wohl auch in diesen Fällen von den früher angeführten, so wie von anderen (später anzuführenden) Mitteln immerhin eine günstige Wirkung hoffen, aber so sicher, so ecclatant ist sie nie wie nach gelungener Venäsection im genannten Zeitraume der Krankheit. Wer einmal die günstigen Erfolge der Venäsection unter den angeführten Umständen gesehen hat, wird sich nicht leicht durch ein oder den anderen misslungenen Fall abschrecken lassen, und wird es begreifen, dass die

Venäsection (obgleich das Sicherste), nur darum so in Misskredit ist, weil sie nicht zur gehörigen Zeit gemacht wird. In die Spitäler kommen die Cholerakranken (wenn sie nicht daselbst erkranken) alle, fast ohne Ausnahme im weit vorgeschrittenen Stadium; in der Privatpraxis täuscht und tröstet sich der Kranke, meistens und häufig der Arzt mit ihm so lange, bis der Cholera-Anfall mit Lapidarschrift geschrieben steht, und dann wird noch gewartet, versucht, gehofft und zur Vänesection ist es schon lange zu spät, wenn sie etwas nützen soll. Schaden kann sie auch in den schwersten Fällen nicht, weil es hier ohnehin meistens nur beim Versuche bleibt; — man spricht zwar von den geringen Erfolgen des Aderlasses im Anfalle der Cholera, hat aber in der Mehrzahl der Fälle weiter nichts gethan, als die Vene erfolglos geöffnet.

Ich habe bei sonst kräftigen, bei schwächlichen, bei tuberculösen — bei älteren Kindern und Erwachsenen immer nur gnte Erfolge gesehen, sobald es gelang, einige Unzen Blutes in rascheren Abflusse (man wird meistens auf das Abfliessen im Strahle verzichten müssen), zu erhalten. Augenblicklicher Nachlass der Beklemmung, gleichzeitiges oder baldiges Aufhören der Entleerungen, der Krämpfe etc. sind die nächsten, eine rasche und ungestörte Reaction die weiteren Folgen des Aderlasses.

Nebstbei können die obigen Mittel gegeben werden; es wird häufig das Elixirium acidum Halleri im Getränke ohne weiteren Medikamenten ausreichen.

Beim stärkeren Verfalle und bei Pulslosigkeit ist, wie schon gesagt, jede Therapie in ihrem Erfolge problematisch, wenn nicht ein warmes Bad oder das Einschlagen in feuchte Tücher und Kotzen noch schnell reactive Thätigkeit hervorruft. Doch sind in solchen Fällen zu versuchen und werden gegeben: die oben angeführten Verbindungen des Opiums; stärkere Stimulantia: Campher, Camphergeist, Moschus, die Praeparata Ammonii, guter Wein, Caffee, Champagner etc. etc. — Wesentliches hat man von den stimulirenden Mitteln nicht zu erwarten (ich sah nie erheblichen Erfolg), und beschränkt sich daher dort, wo sie nicht bald nützen, oder was häufiger der Fall ist, dort, wo sie nicht vertragen werden, auf die blos symptomatische Behandlung.

Der Durst wird am besten durch Wasser, Eiswasser, Eispillen gestillt, dadurch auch das Erbrechen am meisten erleichtert. Bei grossem Brechreize ohne weiteren Entleerungen, bei krampfhaftem Schmerze im scrobiculo cordis sind manchmal ein aromatischer Thee,

Brausemischungen, etwas Wein oder schwarzer Kaffee von Erfolg. Auch Senfteige auf den Bauch gelegt sind erleichternd. Die Krämpfe in den Waden etc. die Kälte der Extremitäten sucht man durch Frottiren, Waschen mit Camphergeist, Abreibungen mit in kaltes Wasser getauchten Tüchern, durch Einschlagen in feuchte Tücher oder durch Senfteige, Wärmflaschen, heisse Ziegel etc. zu heben.

Bei günstiger Reaction ist nach dem Anfalle nebst strengem Regime selten Etwas zu thun; stärkeres Fieber oder Hyperämien erfordern ohne Zögern eine Venäsection oder Blutegel; und nach Umständen kann hier Calomel angezeigt sein.

Das Choleratyphoid wird mehr exspectativ mit reichlichem Getränke, Säuren, leichten Stimulantien, kleinen Dosen Ipecacuanha (in infuso), gewöhnlich ohne eigentlicher Anzeige behandelt.

Ueber Folgezustände, Dyspepsie etc. gilt das hierüber am anderen Orte Gesagte.

Ausser verschiedenen anderen Cholera-Tincturen werden noch als Heilmittel der Cholera gelobt: grosse Gaben der Ipecacuanha (20—30 Gran pro dosi, einige auch mehrere solche Dosen in kurzen Zwischenräumen); steigende Gaben von Opium-Tinctur; Tannin (in kleineren und grösseren Gaben); Tannin mit Opium; Schwefel; Chinin (in Form von Tinctur oder Pulver); Strychnin (in Tincturform oder in Phosphorsäure gelöst); Veratrin; Zincum aceticum (Zinci acetici grana quatuor, Gummi arabici unciam semis, Aquae destillatae uncias quatuor. Halbstündlich 1 Caffee- oder Esslöffel voll); Oleum Cinnamomi acutum (alle $1/4$—$1/2$ Stunde 5—10 Tropfen in Wasser oder Emulsion); Calomel in mittleren oder grösseren Dosen; Calomel mit Opium, etc. etc.

IV. Hämorrhoiden. Die Goldader, Hämorrhoidalblutfluss. Fluxus haemorrhoidalis. Hämorrhoidalkrankheit. Morbus haemorrhoidalis.

Unter Hämorrhoiden, Goldader versteht man die Varicosität der subcutanen Venen um die Afteröffnung herum so wie die der Mastdarmschleimhaut; und es werden die deutlich abgegrenzten Erweiterungen dieser Venen weiters als Hämorrhoidalknoten, Varices seu noduli hämorrhoidales, bezeichnet.

Die um den After herum liegenden, gleichviel ob aussen entstanden, oder was häufiger der Fall ist, ausgehend von den Endverzweigungen der Venen der Schleimhaut, und constant oder blos beim

Drucke des Kranken durch die Afteröffnung hervortretenden sind die äusseren Hämorrhoidalknoten; die an den Wandungen der Mastdarmschleimhaut höher oben nur durch den untersuchenden Finger erkennbaren, gewöhnlich traubenförmig an einandergereihten, nennt man die inneren Hämorrhoidalknoten.

Kleinere äussere Knoten haben gewöhnlich die Grösse einer Erbse, liegen einzeln oder deren mehrere kreisförmig um den After herum, haben bald mehr eine längliche, den Afterfalten entsprechende bald mehr eine rundliche Gestalt; sind anfangs mehr bläulich oder röthlich, fühlen sich weich, elastisch an, und wechseln sehr, sowohl dem Grade ihrer Spannung als der Grösse nach.

Mit der Zeit wird die Grösse oder auch deren stätige Zunahme eine bleibendere, und es geht durch Verdickung der Wandungen und des überliegenden Zellgewebes die bläuliche Färbung verloren; die Varicositäten sehen mehr blass oder hautartig aus, und sie fühlen sich resistenter, härter an.

Auch diese Knoten unterliegen der zeitweisen Turgescenz des in ihren Inneren eingeschlossenen Venensäckchens; — in der Zeit des Nichtturgescirens oder wenn in anderen Fällen diese Venenverzweigung obliterirt, sieht man bloss längliche oder rundliche, sackförmige, schlaff und weich anzufühlende Bindegewebsverdickungen um den After (werden am leichtesten mit Condylomen verwechselt), welche man mit dem Namen Marisci bezeichnet.

Umfangreichere Knoten, auch Hämorrhoidalsäcke, Hämorrhoides saccatae genannt, welche die Grösse einer Haselnuss, Wallnuss, eines Taubeneies erreichen, entstehen entweder durch die Fortbildung aus einzelnen kleineren Knoten oder dadurch, dass mehrere der letzteren aneinander liegen und mit dem sie umgebenden Zellgewebe verwachsen; sie stellen somit auch häufig Convolute erweiterter kleiner Venen dar, die in der Folge stellenweise durch Schwund der Wandungen zusammenfliessen und so ein gefächertes Gewebe darstellen können.

Beim Bestande dieser Varicositäten und Knoten und zwar bei dem verschiedensten Grad ihrer Ausbildung und Dauer oder auch ohne denselben kommen unter ähnlichen ätiologischen und symptomatischen Verhältnissen Blutungen aus den Capillaren des Mastdarmes vor, welche allgemein als Hämorrhoidalblutungen, Fluxus haemorrhoidalis cruentus sanguinolentus, bezeichnet werden.

Diese Blutungen sind dem Grade nach verschieden, und wenn auch ihre genauere Diagnose nur aus der Würdigung der weiters

über Hämorrhoiden anzuführenden Umstände erschlossen werden kann; so haben doch diese nicht auf Geschwürszustand beruhenden Blutungen das Eigenthümliche, dass sie entweder nur beim Abgang von Fäcalmassen erfolgen wo dann das Blut nie mit den Fäces vermengt ist, sondern immer erst nach dem abgesetzten Stuhlgange unter leichtem Tenesmus herausgepresst und den letzten Parthien des Stuhles anhängend gefunden wird; oder es erfolgt eine reine, von allen Beimischungen freie Blutung zu einer anderen Zeit, die ganz schmerzlos oder höchstens vom leichten Tenesmus begleitet ist. Das Blut ist bald lichter, bald dunkler und wird immer flüssig ohne Spur von Gerinnung abgesetzt.

Blutungen aus geborstenen oder verletzten Hämorrhoidalknoten verhalten sich anders, sind gewöhnlich bedeutend nicht selten lebensgefährlich, und unterscheiden sich von den Blutungen anderer varicöser Venen nur durch ihren Sitz, und die hiedurch bedingten Modificationen der Diagnose und Therapie.

Der Hämorrhoidalblutfluss wurde von den älteren Aerzten mit den Namen der sehenden, fliessenden Goldader, Hämorrhoides fluentes; der Zustand, wo Knoten allein ohne Blutabgang bestehen, im Gegensatze hievon als Hämorrhoides coecae, blinde Hämorrhoiden bezeichnet.

Die Hämorrhoidalknoten erzeugen nach ihrer Grösse, Zahl, Lage etc. mannigfache Beschwerden und führen zu consecutiven Zuständen der nächst gelegenen Theile.

Sie verursachen dem Kranken das Gefühl eines fremden Körpers am After oder die Knoten und ihre Umgebung jucken oder sind der Sitz stechender, spannender Schmerzen. Diese Symptome sind bei kleineren und einzelnen Knoten gering, treten wohl nur zeitweise bei Turgescenz der Knoten oder gelegentlich bei schwerem Stuhlgange, längerem Sitzen des Kranken, nach dem Reiten oder vielen Gehen etc. auf. Hochgradiger und anhaltender gestalten sie sich bei höheren Graden der Knotenbildung und bewirken hier noch weiters das Gefühl von Schwere und Spannung am After und im Mastdarme, erzeugen häufigen Stuhlzwang, hindern die Entleerung festerer Kothmassen, ja jede Stuhlentleerung durch heftigere dabei sich einstellende Schmerzen in den Knoten; in vereinzelten Fällen hindern grosse Knoten den Kranken an gewissen Verrichtungen oder an deren längeren Fortsetzung, so am Reiten, langen Sitzen, langen Gehen etc., weil sie dabei mehr anschwellen oder grössere Knoten erst unter diesen Umständen heraustreten.

Hämorrhoidalknoten sind ferner die Ursache eines chronisch zu Stande kommenden Catarrhs des unteren Theils der Mastdarmschleimhaut (Hämorrhoides mucosae, albae), manchmal eines vereinzelten Geschwüres (des sogenannten Hämorhoidalgeschwüres), welche weiter zur Verdickung und Verengerung führen können.

Kleinere oder grössere Knoten oder eigentlich das ihnen anliegende Zellgewebe wird manchmal in Folge traumatischer Einwirkungen der Sitz von Hyperämie und Exsudation, und in diesem Zustande werden sie entzündete Knoten, Hämorrhoides inflammatae, genannt.

Diese Entzündung kann auf das umliegende Zellgewebe weitergreifen, zu grossen Abscessen, ausgebreiteten Eiterungen und Fistelgängen führen.

Entzündete oder sonst grosse Knoten können gelegentlich eingeklemmt werden, und ausgebreitete Entzündung der Venen der Pfortader oder des Bauchfelles oder Brand der eingeklemmten Parthie etc. kann davon die Folge sein.

Erythem, Eczem, condylomatöse Wucherungen, schmerzhafte Fissuren an der Aftermündung und der nächsten Umgebung, periodische Anfälle von Mastdarmkrampf sind wohl seltener, aber doch sowohl einzeln als combinirt vorkommende weitere Folgen. Der Blutungen aus den Knoten wurde schon oben erwähnt, und das Hämorrhoidalgeschwür kann zur Perforation in die Beckenhöhle führen und ausgebreitete lethale Peritonitis setzen (wie auch ich es einmal beobachtet habe).

Bei höheren Graden und älteren Individuen greift die Varicosität auch auf die Venen der Blase, der Prostata, der Gebärmutter und Scheide über (Hämorrhoides vesicae, vaginae etc.) und es können hiedurch oder unter Mitwirkung anderer schädlicher Einflüsse: Schleimflüsse, Blutungen, Harnbeschwerden etc. entstehen.

Aetiologie und Bedeutung.

Hämorrhoidalknoten und Hämorrhoidalblutfluss mit den angegebenen Graden und localen Folgezuständen sind nicht immer dasselbe Leiden in Hinsicht ihrer ätiologischen Verhältnisse; und haben demnach auch nicht immer dieselbe Bedeutung.

Einmal aus rein localen Ursachen hervorgegangen, sind sie ein anderes Mal von bleibenden mechanischen Störungen des Kreislaufes in den Venen des Unterleibes abhängig und haben eine mehr symptomatische Bedeutung; sie stellen sich in noch anderen Fällen auch unabhängig von diesen als ein mehr selbstständiges primitives Leiden,

als sogenannte Hämorrhoidal-Krankheit, Morbus hämorrhoidalis dar.

Zu den Ursachen der rein local entstehenden, übrigens sehr seltenen Hämorrhoiden gehören der Druck auf die Venen durch Geschwülste, durch den schwangeren Uterus, durch Anhäufung harter Kothmassen und deren schwierige Entleerung, in einzelnen Fällen vorausgegangene Dysenterie, bestehender Krebs oder Verengerung des Mastdarmes etc.

Symptomatisch sieht man Hämorrhoidalknoten im Verlaufe von Herz-, Lungen- und Leberkrankheiten auftreten, bei welchen die Unterleibs-Circulation beeinträchtiget, der Rückfluss aus den Hämorrhoidalgefässen gehindert ist.

Unabhängig von allen derlei Zuständen kommen endlich die häufigsten Fälle vor, und die Entstehung dieser ist uns ebenso unbekannt wie die anderer Constitutions-Erkrankungen. Alles was wir hierüber wissen ist, dass solche Hämorrhoiden entweder mit allgemeiner oder einer mehr selbstständigen Abdominal-Plethora einhergehen, eigentlich in deren Verlaufe zu Stande kommen; und dass es keinen Gichtkranken gebe, der nicht einmal an Hämorrhoiden gelitten hätte oder noch daran leidet.

In beiden Fällen, sowohl bei dem symptomatischen, als dem mehr substantiven Vorkommen lässt sich eine eigenthümliche Anlage nicht läugnen, denn die bei Weitem grössere Anzahl von denselben Herzfehlern etc. verläuft ohne Hämorrhoidalzuständen, oder diese stehen nie im proportionellen Verhältnisse zu dem bestehenden mechanischen Hindernisse, — mit Ausnahme bedeutender Pfortader- und Leber-Erkrankungen (Cirrhose, Lappung) oder einzelner Fälle von hochgradigen Kreislaufsstörungen bei Krankheiten am linken Ostium venosum des Herzens. Ferner sind Hämorrhoiden in manchen Familien erblich.

Die Umstände, welche zunächst den Zustand der Varicosität steigern, sind auch in beiden Fällen dieselben, und zwar reducirbar auf eine mehr sitzende oder überhaupt träge Lebensweise, und auf eine mehr üppige substanziöse Ernährung.

Das eigentliche Verhältniss der Hämorrhoiden zur Gicht ist nicht aufgeklärt; Vieles haben sie beide in der Verlaufsweise gemein, und auch das, dass so wie in der Erklärung und Darstellung zwischen Gicht und Herzleiden grosse Lücken bestehen, sich letztere auch da geltend machen, wenn man das eigentliche Verhältniss zwischen Hämorrhoiden und Herzkrankheit mit den hieraus entspringenden me-

chanischen Hindernissen in allen Fällen genau dargestellt haben wollte.

Verlauf und Gestaltung der Symptome und Ausgang der Krankheit.

Die eigentliche Hämorrhoidalkrankheit setzt sich aus einer plethorischen Constitution, aus dem zeitweiligen Auftreten von Plethora abdominalis, die Bildung von Varicositäten der Hämorrhoidalvenen und dem periodischen vollends atypischen Turgesciren der letzteren oder dem Abgange von Hämorrhoidalblut zusammen.

Die allgemeine Plethora fehlt in vielen Fällen und verhält sich übrigens bei ihrem Bestande ganz so, wie selbe beim Gichtprozesse (im 1. Bande) geschildert wurde.

Mit oder ohne den Zeichen allgemeiner Plethora stellen sich bei den betreffenden Individuen, den sogenannten Hämorrhoidariern, zeitweise Vollheit des Unterleibes, Spannung und Druck vorzugsweise in der oberen Bauchgegend, Flatulenz, Dyspepsie, Stuhlverstopfung oder Hartleibigkeit ein; nebstbei sind Trägheit, Unlust zu geistiger Arbeit, verstimmtes Gemüth, drückende Kopf- und Nackenschmerzen, vor Allem aber ein lästiges Drücken in der Lenden- und Kreuzgegend die Begleiter der Abdominal-Plethora und Vorläufer der eigentlichen Ausbildung localer Hämorrhoidalzustände.

Diese Zufälle sind in ihrem Erscheinen und in ihrer Dauer nicht stätig, nicht typisch, am häufigsten von der Diät und der sogenannten Lebensweise abhängig; und es stellen sich hier als directe Schädlichkeiten alle die beim Gichtprozesse als solche angeführten dar; nur ist eine gelegentlich längere Zeit fortgesetzte oder allgemeiner geführte sitzende, träge Lebensweise für das Ausbilden der Hämorrhoiden immer das günstigste Moment.

Nach kürzeren oder längeren Bestehen der Plethora abdominalis, nach deren ein- oder mehrmaligen Erscheinen stellen sich an der Aftermündung jene subjectiven Erscheinungen ein, die wir als von den Hämorrhoidalknoten bedingt oben angeführt haben; sie sind anfangs gewöhnlich nicht hochgradig und das erste Zeichen, wodurch der Kranke auf die Ausbildung derselben aufmerksam gemacht wird.

Mit dem Sichtbarwerden der Varicositäten am After erhalten die der Plethora abdominalis, aber auch anderen Zuständen des Magens, der Leber etc. zukommenden Erscheinungen erst die Bedeutung, im Vereine mit den Varicositäten, als eigenes Hämorrhoidalleiden, und zwar als dessen Anfang oder geringster Grad aufgefasst werden zu können.

Eine günstige Aenderung der Lebensweise kann jetzt in vielen Fällen die weitere Ausbildung des Leidens hindern; in der Mehrzahl der Fälle tritt erstere nicht ein, und so kommt es, dass sich in der Folge sowohl die Zeichen der Plethora abdominalis als die Beschwerden am After zeitweise einstellen, bald die einen bald die anderen überwiegen; und sowohl in Hinsicht ihres Grades, als der Häufigkeit des Kommens zunächst von der Lebensweise des Individuums abhängig sind.

Es werden die Zeichen der zeitweisen Plethora abdominalis Molimina haemorrhoidalia genannt, und es sind die periodischen Beschwerden am After von der stärkeren Turgescenz der Venen abhängig.

In den Zwischenzeiten befinden sich die Kranken wohl; oder es leiden ältere an mancherlei Verdauungsstörungen, Sodbrennen, sauren Aufstossen, Pyrosis und ungeregelten Stuhlgang; und es sind die meisten, wollen sie sich ihre zeitweisen Störungen der Zeit oder dem Grade nach hintanhalten, von dem Genusse gewisser Dinge (geräucherten Fleisch, schwerer Kost, Käse, geistigen Getränken etc.) mehr weniger ausgeschlossen, und aus demselben Grunde an eine mehr thätige, bewegte Lebensweise angewiesen.

Gewöhnlich nach längerem Bestande der sichtbaren Varicositäten, oft erst nach Jahren, manchmal auch gar nicht und am seltensten ohne ihnen stellen sich nach vorausgegangener Vollheit des Unterleibes etc. die Hämorrhoidal-Blutflüsse ein. Anfangs gewöhnlich gering, und einige Tropfen, welche den Fäcalmassen anhängen, betragend, werden sie in der Folge reichlicher; die Menge der jedesmaligen Blutung kann eine Unze und selbst ein paar Unzen betragen; und es gilt über die Ursachen hievon, so wie über die Zeit des Eintrittes der Blutungen das, was hierüber von den Hämorrhoidalknoten gesagt wurde. Das gegenseitige Verhältniss der Knoten und der Blutung ist am häufigsten ein solches, dass mit dem Eintritte der Letzteren die weitere Ausbildung der Ersteren mehr sistirt und die Beschwerlichkeit derselben vermindert, in specie die zeitweise Turgescenz derselben hintangehalten wird. Auch sind diese noch so geringen Blutflüsse auf das übrige Befinden des Kranken und besonders dann von grosser Erleichterung, wenn dieselben nicht durch zweckwidriges Verhalten direct und zunächst herbeigeführt werden.

Etwas Typisches ist manchmal im Erscheinen dieses Blutabganges zu bemerken, so dass derselbe alle 3—4 Wochen sich einstellt, doch gilt diess mehr als Ausnahme denn als Regel. Mit der

Zeit und nach Umständen werden diese Blutungen habituell; das Individuum gewöhnt sich daran, wohl auch der ganze Mechanismus der Blutbewegung, und nicht bloss Einbildung ist es, wenn bei unterdrückten Blutfluss durch Verkühlung, Gemüthsaffecte, Stuhlverstopfung etc. die sonstigen Zufälle des Kranken (Plethora abdominalis, Hyperämien der Hirnhäute, der Venen des Wirbelkanales) sich steigern, und bei Letzteren die Sehnsucht nach den gewohnten Blutabgang erwacht.

Intercurrirende acute Erkrankungen machen den Abgang des Blutes ausbleiben, und es erscheint letzterer erst wieder nach Beendigung der acuten Krankheit, häufig genug mit den Krisen derselben.

Dieser Umstand und weil manche Unterleibsbeschwerden etc. in solchen Fällen sich als Complicationen des acuten Krankseins herausstellen, die bei nicht Hämorrhoidariern fehlen, sind die nächsten Gründe, warum man die sogenannten unterdrückten Hämorrhoiden bei allen Arten von Erkrankungen eine so grosse genetische, und ihr Erscheinen aber eine kritische Rolle spielen lässt.

Das gesammte Hämorrhoidalleiden, wie wir es jetzt getreu nach seinem häufigen Vorkommen in möglichster Kürze geschildert haben, beginnt gewöhnlich nach den zwanziger Jahren, manchmal aber auch früher und setzt sich bis über das Mannesalter fort; — ältere Leute sind in der Regel von diesen ihren früheren Zufällen theilweise oder ganz befreiet. Männer sind im Allgemeinen häufiger davon befallen.

Eine bestimmte Dauer ist ebenso wenig gegeben, als ein regelmässiger Verlauf.

Gichtkranke leiden anfangs häufig an Hämorrhoidalzuständen allein, später mischen sich diese mit jenen der Gelenksaffection, zuletzt bleiben die letzteren überwiegend, und die Sehnsucht nach den früheren Erleichterungen durch die zeitweiligen Blutabgänge ist zwar dem Kranken zu verzeihen, darf aber für den Arzt nie ein Moment zu energischen Versuchen werden, die Blutflüsse wieder einleiten zu wollen.

Wegen des fast nie fehlenden Auftretens der Hämorrhoiden bei Gichtkranken hat man erstere auch als vorlaufende Krankheit oder erstes Stadium der Gicht betrachtet; doch gibt es alte Hämorrhoidarier bei jeder Lebensweise, die von Gicht ganz geschont sind, und es ist das ganze diessseitige Verhältniss nicht näher zu begründen.

Hämorrhoidarier können im Verlaufe und gewöhnlich unter Mit-

wirkung anderer Schädlichkeiten an höheren Graden der Stuhlverstopfung und an Kolikschmerzen (sogenannter Hämorrhoidalkolik) leiden. Die Kolikanfälle sind von Störungen der Stuhlentleerung oder Flatulenz zunächst abhängig, stellen sich gelegentlich bald nach der Mahlzeit, nach dem Genusse gewisser blähender Speisen oder bei längerer Stuhlverstopfung ein. Die Diagnose wird nur durch das sonst bestehende Hämorrhoidalleiden näher bestimmt, und die Dauer und Heftigkeit der Anfälle immer von der nächsten (eben angegebenen) Ursache abhängig gefunden werden.

Hämorrhoidalkranksein als solches führt weder zum frühzeitigen Marasmus, noch zu lebensgefährlichen Zufällen oder zu bestimmten wichtigeren Organerkrankungen; die daran Leidenden sind vor anderen Krankheiten eben so wenig geschützt, als hiezu besonders disponirt.

Von den Eingangs angeführten localen Folgen der Knoten fehlen die subjectiven Symptome und die Behinderungen beim Stuhlgange etc. nie ganz, auch kommt es gewöhnlich zur Ausbildung von Schleimfluss aus dem Mastdarme, von Eczem oder Erythem um die Aftermündung. Höhere Grade der secundären Zufälle, Entzündung oder Berstung der Knoten, Einklemmung etc. sammt den weiteren selbst lebensgefährlichen Folgen (Blutungen, Entzündung der Pfortader etc.) werden stets durch die Einwirkung äusserer Schädlichkeiten (Druck, Stoss etc.) oder durch reizendes, auch operatives Eingreifen zur Entfernung der Knoten herbeigeführt.

Die Verbreitung der Varicositäten auf die Venen der Blase etc. kommt hier nur selten ohne anderweitigen Ursachen vor; sie können durch acute Catarrhe der Harnröhre, der Scheide bei sonst an Hämorrhoiden Leidenden angeregt werden; sonst kommen sie auch da noch häufiger vor, wo wir die höheren Grade der Mastdarm-Varicositäten aus mechanischen Ursachen secundär entstehen sehen.

Symptomatische Hamorrhoidalblutungen bei Herz- und Lungenkranken können den übrigen Zustand manchmal erleichtern, doch geschieht diess selten und nur dann, wenn sie copiöser sind und nicht durch ungeschickte Lebensweise oder gar durch Medicamente erzwungen oder gesteigert worden sind. Dass da, wo solche Blutungen bestanden haben, und mit deren Versiegen die sonstigen Beschwerden sich steigern, man immerhin die frühere Blutung als erleichternden Zufall (temporäre Krisis) betrachten darf, ist, wenn auch nicht theoretisch, doch gewiss vom praktischen Standpunkte aus ganz gerechtfertiget.

Auf den eigentlichen Gang des Herzfehlers, des Emphysems, der Lungen-Tuberculose haben die Hämorrhoidalflüsse keinen wesentlichen Einfluss, und es fehlt ihnen eine wahre kritische Bedeutung, sie sind somit nie zu forciren; aber ihres erleichternden Einflusses wegen da, wo sie von selbst kommen, nie zu verachten, nie gewaltsam zu unterdrücken. Im gewissen Grade gilt diess auch von den symptomatischen Varicositäten am After ohne Blutfluss, wenn die durch selbe erzeugten Beschwerden nicht zu gross sind.

Die localen Folgen und weiteren (möglichen) Gefährlichkeiten theilen sowohl die symptomatischen als auch die rein aus örtlichen Ursachen entstandenen Knoten ganz mit denjenigen, welche der mehr substantiven Form angehören. Ueber den weiteren Verlauf dieser Formen ist aber weiter nichts anzuführen, als dass die rein localen Varicositäten bei nur kurz bestehenden Ursachen auch bald und bleibend verschwinden; sonst aber lange und immer bestehen können, aber nie die oben angegebene Verlaufsweise beobachten werden.

Was die sogenannten regulären und irregulären, versteckten etc. Hämorrhoiden anbelangt, so gilt hierüber das bei den irregulären Formen der Gicht Gesagte; nur muss zur Verständigung der Literatur für minder erfahrene und junge Aerzte hier die Bemerkung angesetzt werden, dass die ältere Medizin die Hämorrhoidalzufälle als selbstständiges Leiden und deren kritische Bedeutung überschätzt habe; und dass die jüngere Medizin fast in demselben Grade den entgegengesetzten Fehler begehe.

Die Prognose ist bei geringeren Graden des Leidens und der Möglichkeit, die entsprechende Lebensweise einschlagen und fortsetzen zu können, günstig. Weniger günstig ist sie unter den entgegengesetzten Umständen, und Hämorrhoiden sind, wenn auch kein gefährlicher, doch häufig ein lästiger Zustand; nicht die periodische Blutung, sondern die Knoten mit ihrem folgenden Wachsthum etc. und die Zufälle der Abdominal-Plethora können bei gewissen Ständen, die an eine sitzende Lebensweise gebunden sind, sehr störend in das relative Gesundsein eingreifen. Unter solchen Verhältnissen ist es auch, wo besonders bei Misshandlung der Knoten dieselben rasch wachsen, sich entzünden und zu ihrer Entfernung selbst eine chirurgische Hilfe nothwendig machen können; welche immer gefährlich ist theils wegen bedeutender Blutung, theils wegen der möglichen Folgeentzündungen (siehe chirurgische Werke).

Die Therapie besteht auch hier vorzugsweise in einer gere-

regelten, nicht trägen Lebensweise, wobei vieles Sitzen, Reiten etc. gemieden wird.

Im Allgemeinen gilt hier bezugs des Regime's und der Diät Alles, was bei der Gicht gesagt wurde, und es wird dadurch auch am besten der habituellen Hartleibigkeit begegnet, nur können sich Hämorrhoidarier das dem chronischen Gichtkranken nothwendige Warmhalten schenken und thun am Besten, wenn sie sich fleissig kalt baden, kalt waschen oder kalte Sitzbäder nehmen.

Medikamente sind hier ebenso wenig nothwendig als beim Gichtprozesse; und es ist in specie vor allen stärkeren Abführmitteln so wie vor dem Fortgebrauche der Purganzen überhaupt zu warnen.

Stärkere Plethora abdominalis, stärkerer Turgor der Knoten, Kolikanfälle, fühlbare Stuhlverstopfung machen den Gebrauch des spezifisch wirkenden Schwefels, des Weinsteins und der Magnesia (denen manchmal Rheum zugesetzt werden kann), kürzere oder längere Zeit nothwendig. Das sogenannte Hämorrhoidalpulver behauptet unter allen anderen Mitteln den Vorzug in den angegebenen Fällen.

Stärkere Stuhlverstopfung macht saure schwefelsaure Magnesia, Seidlitz-Pulver, kalte Klystiere, vielleicht auch manchmal etwas Ricinusöl erforderlich.

Dass zeitweiser Landaufenthalt, Fussreisen, die Zerstreuung in Bädern sehr gut sind, versteht sich von selbst, — doch verzichte man auf das fortgesetzte Trinken stärkerer salinischer Wässer, sobald man an reinen Hämorrhoidalzuständen leidet.

Was die locale Behandlung der Knoten und der durch sie bedingten subjectiven Beschwerden und Eczeme etc. anbelangt, so besteht selbe zur Zeit stärkerer Turgescenz derselben in kalten Waschungen, kalten Sitzbädern (täglich auch 2—3mal), nach Umständen in kalten Umschlägen, die einige Stunden oder über den Tag fortgesetzt werden, und nur selten wird locale Blutentziehung nothwendig sein.

In anderen Fällen oder zu einer anderen Zeit sind Einreibungen der Aftergegend mit Milchrahm, Unguentum Althaeae, Unguentum Linariae etc. auch mildernd und wohlthätig. Selten wird mehr erforderlich sein, wenn man zur Zeit der drohenden Turgescenz das lange Sitzen und träge Leben vermeidet.

Die Blutungen sind selten so erheblich, dass sie selbst nur kaltes Wasser zur Stillung erforderten. Blutungen hingegen aus geborstenen Knoten, so wie Entzündung, Einklemmung etc. der letzteren werden nach den Grundsätzen der Chirurgie behandelt; hier finden

sich auch die Anzeigen für die gefährliche und nur sehr selten nothwendige Operation derselben.

Die Anwendung von Aloë, Jalapa etc. um Hämorrhoiden herbeizuführen, oder sogenannte Unterdrückte fliessend oder blinde sehend zu machen, kann nach genauer Würdigung des ganzen Sachverhaltes bei substantiven und symptomatischen Hämorrhoiden kaum ernstlich zur Sprache gebracht werden, und dürfte wohl immer eine erfolglose gewesen sein; man mag Hämorrhoidal - Congestion und Blutung, aber nicht das damit erzielt haben, was man eigentlich erzielen wollte: Heilung chronischer unheilbarer Leiden.

V. Tuberculose der Gedärme.

Ist nie eine primitive Ablagerung constitutioneller Tuberculose; kommt am häufigsten im Verlaufe der Lungentuberculose und jener der Mesenterialdrüsen, aber auch bei Tuberculose des Bauchfelles, der Geschlechtsorgane und manchmal bei acuter allgemeiner Miliar-Tuberculose vor.

Mit Ausnahme des letzteren Vorkommens erscheint sie gewöhnlich in Form des Geschwüres, auf dessen Basis und in dessen Umgebung weiters Tuberkelknötchen und Granulationen zu finden sind. Das Geschwür beginnt als kleines kraterförmiges, greift durch neue Ablagerung und das Zusammenfliessen mehrerer weiter, wird endlich in seltenen Fällen zum Gürtelgeschwüre mit ausgebuchteten Rändern etc.

Die eigentliche Ablagerung von Tuberkelstoff geschieht zunächst in die solitären und die Peyer'schen Drüsen, doch ist das entsprechende Peritonealblatt auch nur selten geschont.

Manchmal ist partielle Heilung solcher Geschwüre und theilweise Stenosirung des Darmrohres gesehen worden; in seltenen Fällen kommt es zur Darm-Perforation; häufiger wird diese durch partielle Peritonitis etc. verhüthet.

Die Tuberculose der Gedärme ist im unteren Theile des Ileums am häufigsten, hat verschiedene Grade der Ausbreitung; greift auch auf den Dickdarm über u. s. w. Gewöhnlich, aber nicht immer sind auch bei der secundären Darmtuberculose die Mesenterialdrüsen tuberculös infiltrirt; in der Umgebung der Geschwüre ist häufig Catarrh zu finden.

Man diagnostizirt Darmtuberkel bei sonst Tuberculösen, vorzüglich in weiter vorgeschrittener Periode, wenn häufige diarr-

hoische Entleerungen sich einstellen, welche zwar nicht sehr häufig, doch schwer zu stillen sind und immer wieder recidiviren; wenn sich zeitweise kolikartige Schmerzen in der Gegend des Nabels einstellen; wenn in der Gegend der Coecalgegend bei der Untersuchung Schmerz und Wasserschwappen zu finden ist; wenn in dieser Gegend eine bleibende, höckerige Schwellung der Mesenterialdrüsen anzutreffen ist; wenn mit den gewöhnlichen diarrhoischen Entleerungen blutige Beimischungen zu sehen sind oder (was am seltensten geschieht), wenn stärkere Darmblutung statt findet.

Häufig genug sind bloss die Zeichen des Darm - Catarrhs bei der Darmtuberculose vorhanden, und es ist in vielen Fällen die Diagnose eine zweifelhafte.

Der Verlauf ist auch manchmal chronisch, und es erleidet in der Regel der Verlauf der primitiven Tuberculose durch den Tuberkel des Darmes keine wesentliche Veränderung. In seltenen Fällen kann durch stärkere Blutung oder Perforation des Darmes das tödtliche Ende beschleuniget werden.

Die Therapie ist eine symptomatische. Dowerische Pulver, Opium, Alaun, essigsaures Blei, Umschläge, nach Umständen auch Klystiere sind die Mittel gegen die Diarrhoe, die Kolikschmerzen und die möglichen Blutungen.

Die übrige Behandlung ist wie bei der Lungentuberculose angegeben wurde einzuleiten und häufig erfordert die Darmtuberculose gar nichts Besonderes.

Locale Tuberkel um und auf der Basis der lentescirenden Typhusgeschwüre werden in den Leichen manchmal gefunden.

VI. Krebs der Gedärme.

Krebs kommt in den Gedärmen ebenso wie im Magen entweder als fibröser oder medullarer vor; nur der erstere wird ringförmig und als primitiver abgelagert. Als secundärer wird er bei Krebs des Magens, der Leber, der Lymphdrüsen etc. gefunden. Am häufigsten ist er im Mastdarme, seltener in den Flexuren, im Blinddarm oder sonst im Darme zu finden.

Durch die Krebsmasse als solche, so wie durch die Anwachsungen der Krebsstelle an die nächste Umgebung entstehen Stenosirungen des Darmes oft bis zu dem Grade, dass nicht eine Federspule durchgebracht werden kann. Der nicht fixirte Darmkrebs sinkt gewöhnlich tiefer herab; durch die Dislocationen und Verwachsungen entstehen

noch weitere Knickungen des Darmes und Hindernisse in der Fortbewegung des Contentums. Die oberhalb gelegenen Darmparthien sind gewöhnlich erweitert, die unteren verengt.

Darmkrebs erweicht und verjaucht, in seiner weiteren Metamorphose wie jeder andere Krebs; durch Abstossung grösserer Massen kann die Durchgängigkeit wieder theilweise oder ganz hergestellt werden; oder es geschieht diess dadurch, dass sich zwischen den verjauchenden krebsigen und den angewachsenen Darmtheilen eine abnorme Communication herstellt etc. etc.

Einklemmung anderer Darmparthien, Brand der nächsten Umgebung, Peritonitis, Darmcatarrh können gleichzeitig gefunden, und Blutungen durch den Darmkrebs bedingt werden.

Die Diagnose des primitiven Darmkrebses ist nicht immer gleich leicht, manchmal gar nicht möglich.

Die Hauptsache bleiben immer die ausgesprochene Krebs-Cachexie und die localen greifbaren Veränderungen an einer der Untersuchung zugängigen Stelle. Was die erstere anbelangt, so fehlt sie zwar in den wenigsten Fällen auf die Dauer, nur kommt sie nicht immer gleich rasch zur Ausbildung, und bei jüngeren Leuten, wo Darmkrebs auch vorzukommen pflegt, kann sie bis an das tödtliche Ende vergebens erwartet werden. Die localen Symptome sind an einzelnen Stellen z. B. am Mastdarm, Blinddarm dem untersuchenden Finger oder der untersuchenden Hand zugängig und leiten, weil sie das Verhalten aller Krebsgeschwülste an sich tragen, dann am sichersten die Diagnose, wenn sie mit der Ausbildung der Krebs-Dyscrasie zusammenfallen und hochgradig genau ausgesprochen sind; für den Krebs an anderen Stellen und für geringere Grade gehen diese wichtigen Momente der Diagnose verloren, wenigstens für den Anfang; und sind überhaupt für die sichere Diagnose nur dann zu benützen, wenn sie sich an einer sonst fixirten Stelle des Darmes finden.

Die durch die Krebsablagerung im Darme gesetzten functionellen Symptome beziehen sich zunächst auf gehinderte Durchgängigkeit des Darmes, und sind anfangs, weil die Verengerung bei Krebs gewöhnlich nur langsam zu Stande kommt, durchaus unsicher und unbestimmt; sie reduciren sich auf eine ein oder ein paar Tage anhaltende Stuhlverstopfung, worauf wieder längere Zeit (sehr von der Diät und der sonstigen Lebensweise des Kranken abhängig) normale oder bei vorhandenem Darmcatarrh selbst dünnflüssige Entleerungen folgen können. In späterer Zeit erreichen wohl die Hindernisse gewöhnlich höhere Grade, doch sind auch diese nicht in allen Fällen gleich,

und können durch die Abstossung von Krebsmassen wieder für einige Zeit behoben werden.

Die entleerten Massen selbst geben ebenfalls häufig durch den ganzen Verlauf keinen, am Anfange aber nie irgend welchen diagnostischen Haltpunkt. Sie können von verschiedener Consistenz und von verschiedener Beimischung sein, ohne dass hieraus auf den Sitz und die Art des Leidens geschlossen werden könnte; und es kann nur erst in der Folge durch die Darmblutung oder den Abgang von grösseren, der Untersuchung leichter zugängigen Krebsstücken die Diagnose gemacht werden.

Die Diagnose des Darmkrebses ist somit immer eine combinirte und nicht in allen Fällen mögliche; kann manchmal erst in der Folge oder auch nie mit Sicherheit gestellt werden.

Am sichersten ist die Diagnose bei älteren Individuen, welche das Gepräge der Krebs-Cachexie an sich tragen, und wo sich nebst den Zeichen der Darmstenose auch die bekannte höckerige schmerzhafte Geschwulst an einer sonst auch fixirten Stelle des Darmes findet. Blutungen und abgehende Krebsmassen stützen die Diagnose, letzteres gilt vorzüglich beim Mastdarmkrebse.

Bei jüngeren Leuten hingegen oder beim anderen Sitze des primitiven Krebses, so wie bei den verschiedenen Formen des secundären ist die Diagnose entweder nicht bestimmt oder gar nicht auf Darmkrebs zu machen.

Ueber Aetiologie, Prognose und Therapie verweisen wir auf das bei Krebs-Dyscrasie Gesagte.

Der am After vorkommende und einer chirurgischen Hilfe zugängige Epithelial-Krebs gehört in das Gebiet der Chirurgie.

VII. Darm-Einklemmung. Darmverengerung. Darm-Ineinanderschiebung. Incarceratio, Enterostenosis, Volvulus, Intussusceptio seu Invaginatio etc. etc.

Oder gemeinschaftlich als I l e u s o r g a n i c u s zusammengefasst, weil bei ihrem plötzlichen und langsamen aber hochgradigen Zustandekommen die peristaltische Bewegung sich in die antiperistaltische umkehrt und Erbrechen von Koth oder nach Koth riechenden Massen erzeugt wird.

Innere Einklemmungen der Därme finden manchmal in angebornen Spalten des Netzes und Gekröses, in anomalen Bauchfellsäcken etc. und vorzüglich durch pathologisch zu Stande gekommene sehnige Stränge und Pseudomembranen Statt.

Die Verengerung wird erzeugt durch die verschiedenen grösseren, durch weitere Ablagerung oder durch Narbenbildung stringirenden Geschwüre, ferner durch die verschiedenen Achsendrehungen des Darmes und manchmal auch durch langsam wachsende Geschwülste der Umgebung.

Die Entstehung des Volvulus oder der Ineinanderschiebung der Gedärme ist nicht bekannt, und gewöhnlich schiebt sich das obere Darmstück in das untere ein (der umgekehrte Fall ist seltener).

Alle diese Zustände, obgleich sie ganz differente anatomische Verhältnisse darbieten, auch aus ganz differenten Ursachen hervorgehen, sind in den durch sie bedingten Erscheinungen gewöhnlich nicht zu sondern, — am wenigsten in den acutesten, die augenblickliche Hülfe erheischenden Fällen.

a) Die acut zu Stande kommenden, wohin Einklemmungen, Achsendrehungen und Volvulus gehören, bilden sich gewöhnlich plötzlich, und häufig ohne nachweisbarer äusserer Ursache aus. In anderen Fällen gehen äussere Einwirkungen: Druck, Stoss auf den Bauch, Erschütterungen des Körpers etc. voraus.

Der Kranke wird plötzlich von heftigen schneidenden, schnürenden Schmerzen im Bauche befallen, welche ihn nicht mehr verlassen und zeitweise noch viel stärker sind; an einer oder der anderen meist fixen Stelle sind sie am stärksten, und da wird äussere Berührung etc. nicht vertragen. Gleichzeitig oder bald kommt es zum heftigen, den Schmerz steigernden Erbrechen von Magencontentis, Wasser, Galle; das Gesicht des Kranken verfällt rasch, er ist von grosser Angst befallen, der Puls sehr frequent.

Nach kürzerer oder längerer Dauer dieser Zufälle stellt sich die Schmerzhaftigkeit des Bauches im ganzen Umfange ein, das Erbrechen dauert fort, oder setzt stundenlang aus, um dann vom Neuen und heftiger zu kommen; der Kranke verfällt immer mehr und mehr, Gesicht und Extremitäten werden schnell kühl, kalt, cyanotisch, der Puls klein und noch frequenter. Weder Flatus noch Stuhl gehen bei selbst stark aufgetriebenen Unterleibe ab, und sie sind auch nicht durch Medicamente zu erzielen, welche im Gegentheil immer nur das Erbrechen steigern. Stellenweise kommt es im Umfange des Bauches zur Dämpfung des Percussionsschales in Folge des peritonealen Exsudats; endlich und in vielen Fällen auch schon früher zum Erbrechen von nach Fäcalmasse riechender Flüssigkeit oder wahren Kothe, und nach paar Tagen endet dieser Zustand mit dem Tode, nachdem eine genauere Diagnose im Leben

nicht gemacht werden konnte; denn nicht nur, dass die oben angegebenen Zustände diese Symptome erzeugen können, so verläuft auch häufig eine durch Perforation entstehende Peritonitis ganz unter denselben Symptomen.

In einzelnen Fällen kann die Intussusception aus einer vorhandenen plötzlich entstandenen, dem Umfange, der Form, der Elasticität, dem Percussionsschale nach, dem Darme entsprechenden Geschwulst vermuthet werden.

Auch verlaufen nicht alle Fälle so rasch, und die Ausbildung der Peritonitis geschieht nicht so schnell, nicht so allgemein; unter solchen Umständen ist die Dauer eine längere, der Grad der Schmerzhaftigkeit lässt nach, der Verfall wird nicht so gross, die Unwegsamkeit des Darmes nach unten bleibt unverändert, trotz Klystiere und Medicamente etc., und man sieht einzelne oder mehrere Darmschlingen aufgebläht, von einander genau abgegränzt in verschiedener Richtung neben oder übereinander liegen, Bewegung von Flüssigkeit und Luft in demselben wird vom Kranken und den Umstehenden wahrgenommen, es wechseln diese sichtbaren Wülste nicht selten auch ihre Lage. Wenn nicht bald Lösung des Hindernisses erfolgt, so tritt Perforation oder auch ohne ihr eine tödtliche Peritonitis hinzu.

Ueber den weiteren Verlauf solcher acuter Einklemmungen etc. lässt sich nichts Bestimmtes sagen; es kommen wohl auch Heilungen von diesen gefährlichen Zuständen vor. Beim Volvulus ist sie auch auf dem Wege des brandigen Abstossens des Intussusceptum möglich, und da geht dann das brandige Darmstück durch den After ab.

Die Therapie hat nur vor der Ausbildung der Peritonitis die bestimmte Anzeige, durch kräftige Contraction des Darmes den Zustand zu heben, und da kann man bei der Intussusception, wie sie gewöhnlich erfolgt (nach unten), mit Abführmitteln sehr leicht schaden. In den anderen Fällen versucht man es durch grosse Gaben Calomel, durch Klystiere (10—20, abwechselnd Luft- und Wasserklystiere rasch nach einander mit hoch in den Mastdarm geschobenen Ansatzrohre gemacht, nach Bamberger) Mercurius vivus, Eisumschläge auf den Bauch, Croton-Oel in die Nabelgegend oder in die Zunge eingerieben (von welchen ich guten Erfolg gesehen habe), Aether-Einreibungen, Bäder, die Electricität, manchmal bei mehr plethorischen Individuen durch einen Aderlass. Bei Intussusception von oben nach unten sind narcotische Klystiere, Emetica, Einspritzen von Luft und Wasser durch den After und bei der zweiten Form Auspumpen des Darmes anempfohlen.

In jedem Falle hängt es von den näheren Umständen ab, ob der in seinen Erfolgen sehr zweifelhafte Bauchschnitt vorzunehmen sei.

Bei bereits ausgebildeter Peritonitis ist die Therapie eine rein symptomatische, schmerzstillende, exspectative.

b) Die langsam zu Stande kommenden Verengerungen durch Geschwüre, Narben, Geschwülste erzeugen dieselben Störungen und Symptome, nur erfolgen sie langsam und es treten die Symptome gehinderten Durchganges: Stuhlverstopfung, sehr erschwerte mit Kolikschmerzen, Anstrengungen bis zur Ohnmacht vor sich gehende Entleerungen, Aufstossen, Erbrechen etc. periodisch ein, und bei höheren Graden kommt es gelegentlich nach stärkerer Stuhlverstopfung oder nach dem Genusse von flechsigen, häutigen Gebilden oder solchen Stoffen, wovon die Reste (Hülsen, Kerne etc.) den Koth zum Durchgang wenig geeignet machen, oder nach forcirten Bewegungen des Körpers, nach Gemüthsaffecten zu einer raschen Steigerung der Symptome selbst zum Kotherbrechen, welch' letzteres höhere Grade von Stenosirungen (bei Krebs etc.) immer zu begleiten pflegt.

Verlauf und Therapie ergibt sich von selbst als symptomatisch, und sie ist nicht für jeden Anfall heftigerer Symptome erfolglos, weil diese nicht immer allein durch den Grad der Stenose bedingt sind.

Dass die Art der Nahrungsmittel und die jedesmalige Menge derselben immer berücksichtiget werden muss, versteht sich von selbst; manchmal ist der Kranke auf Milch, Eier u. dgl. und zeitweise auf ernährende Klystiere angewiesen, soll der Zustand mit mehr Erleichterung getragen werden. Oel-Einreibungen oder der häufige Genuss von Oel, sowie leichte, nicht reizende Abführmittel in entsprechender, schwer jedoch zu bestimmender Dosis können von Vortheil sein.

Bei den chirurgischer Hilfe zugängigen Stenosirungen im Mastdarme ist diese einzuleiten.

Brand der Darmschleimhaut bei Dysenterie wird aus dem Abgange von aashaft stinkender Jauche und brandig gewordenen Schleimhautresten diagnostizirt. Band des Volvulus ebenfalls aus dem abgehenden brandigen Darmstücke, wenn selbes zur Abstossung kommt. In anderen Fällen ist Brand nicht zu diagnosticiren.

Die Erweichung der Darmhäute ist, wie die des Magens, manchmal ein Leichensymptom, nur kommt die des Darmes viel seltener als die Magenerweichung vor; oder sie begleitet als sogenannte rothe, entzündliche Erweichung die hier häufigeren entzündlichen Prozesse und hat weiters keine Bedeutung.

VIII. Die Perforation des Darmes.

Die Perforation des Darmes (auch des Magens) kommt nach den verschiedenen angeführten Geschwürszuständen, bei Typhlitis etc. vor; in diesen Fällen erfolgt sie von Innen nach Aussen, und es erfolgt dieselbe einmal in die freie Bauchfellhöhle, das andere Mal in das durch die (schon länger oder kurz) vorausgegangene Peritonitis gesetzte Exsudat, in dessen Höhlen etc.

In anderen Fällen erfolgt die Perforation von Aussen nach Innen, so bei Krankheiten des Bauchfelles (bei Perityphlitis, jauchigen oder eiterigen Exsudat), der Muskel, Drüsen, der Organe etc. bei Gangrän durch Einklemmung, Achsendrehung etc. des Darmes, und durch mechanische Verletzungen des Darmes von aussen, welch' letztere der Chirurgie angehören. Auch bei der zu dieser Abtheilung gehörigen Durchbohrung ist entweder die zu perforirende Stelle früher schon angewachsen angelöthet oder nicht; und es wird entweder Darmgas in die freie Bauchhöhle entleert oder es stellt sich eine Communication zwischen Darm und den abgegrenzten Höhlen des Exsudats oder der Organe (bei Krebs, Tuberculose derselben) her.

In allen den Fällen, wo Darmcontenta in die freie Bauchhöhle gelangen, diagnostizirt man die Perforation aus der hochgradigen bald eintretenden Peritonitis und den Zeichen der Tympanites abdominis (vide diese); in den anderen Fällen tritt nach Umständen eine verschiedengradige, doch gewöhnlich eine starke Peritonitis oder Steigerung derselben ein, wenn selbe schon früher bestanden hat, und es sind die physicalischen Zeichen für den Luftaustritt hier weiters nicht massgebend; darum die Perforation in diesen Fällen auch nur dann ausser Zweifel ist, wenn mit und ohne hochgradiger Bauchfellentzündung die Contenta der Bauchhöhle: Eiter, Jauche etc. durch den After abgehen, oder (in höchst seltenen Fällen) Darm-Contenta durch die Oeffnung eines Abscesses, eines Fistelganges nach Aussen gelangen.

Prognose. Ausser den seltenen Fällen, wo schon bestehende Fisteln es anders gestalten, oder umschriebene angelöthete Abscesse der Bauchhöhle (nach Perityphlitis etc.) dadurch selbst geheilt werden, ist jede Perforation lethal; bald schnell, selbst in kürzester Zeit, sonst durch Verjauchung des abgegränzten Exsudats, secundäre Pyämie etc.

Die Behandlung ist symptomatisch. Warme oder bei starker Tympanitis kalte Umschläge und Morphium oder Opium innerlich.

Das Regime gebietet Ruhe von Seite des Kranken, Schonung von Seite des Arztes; nicht jede stärkere Peritonitis mit Verdacht auf Perforation, ist wirklich schon eine solche, kann es aber noch durch äusseres Zuthun leicht werden.

IX. Blutungen des Darmkanals, (Magen- und Darmblutung). Hämatemesis, (Bluterbrechen). Enterorrhagia, Sedes cruentae, Diarrhoea cruenta, Melaena, Morbus niger Hippocratis.

Hierunter versteht man die verschiedenen Zustände, wo durch Erbrechen oder Stuhlgang oder durch beide zugleich Blut im verschiedenen Zustande und in verschiedener Menge ausgeleert wird. Unter Melaena, morbus niger, wird von vielen Auctoren speziell der Abgang eines dicken pech- oder theerartigen Blutes aus dem Darmkanale verstanden. Die Blutungen aus dem Magen und die aus den Gedärmen werden häufig von einander gesondert betrachtet, und die aus den Hämorrhoidalgefässen von den meisten Auctoren hier ausgeschlossen.

Die Symptome, welche solchen Blutungen vorausgehen, oder dieselben begleiten können, sind sehr mannigfach, und es müsste hier eine überflüssige Wiederhohlung vieler schon abgehandelter Zustände angeführt werden, wie sich diess aus der Aetiologie dieser Blutungen ergibt.

Kommt es vor dem Erbrechen zur Ansammlung grösserer Mengen Blutes im Magen, so sind es zunächst die Zeichen der Anämie, welche länger, und die des vollen Magens, welche zunächst dem Blutbrechen vorausgehen. Die Entleerung durch den After erfolgt manchmal ganz leicht, gewöhnlich schmerzlos, nur manchmal mit stärkerem Tenesmus, leichten Kolikschmerzen, stärkeren Kollern und Poltern im Bauche etc.

Jede irgendwie stärkere Blutung des Darmkanals setzt bald einen höheren Grad von Anämie, daher Blässe der Haut, Schwächegefühl, Sinnestäuschungen, kleiner Puls, kalte Extremitäten, Anwandlung von Ohnmacht häufig in deren Gefolge gesehen werden.

Der Grad und die Dauer dieser Symptome ist verschieden, sie sind auch wechselnd, und manchmal wird durch eine stärkere, rasch eintretende Ohnmacht auch die Darmblutnng pro tempore oder ganz sistirt.

Das Blut wird in sehr verschiedener Menge entleert; doch ge-

hört es zum Begriff der Darmblutungen, das immer einige Menge mehr freien Blutes den sonstigen Entleerungen beigemischt, oder blosses Blut ausgeworfen wird; und wie nach diesem Begriffe recht gut viele Hämorrhoidal-Blutflüsse hieher gehören, sind eigentlich die den dysenterischen Prozess begleitenden, wo das Blut mit dem übrigen Exsudate auf Art der pneumonischen Sputa innig gemischt ist, streng genommen nicht hieher zu rechnen.

Das Blut kann in ganz verschiedener Menge und im verschiedenen Zustande hiebei entleert werden, von einigen Tropfen flüssigen oder einigen Klümpchen geronnenen Blutes bis zu mehreren Unzen und Pfunden. Es wird dasselbe am Anfange der Blutung mit den sonstigen Contentis des Magens und des Darms vermischt, später bei fortgesetzter Blutung im mehr isolirten Zustande ausgeführt. Das aus dem Magen stammende ist nicht selten rein blutig (arteriell oder venös) gefärbt, und flüssig oder zum Theil geronnen; wird es aber einige Zeit im Magen zurückgehalten und der Einwirkung des Magensaftes ausgesetzt, so geht es die Form kaffeesatz- oder chokoladeartiger Massen ein, in welchen unter dem Mikroskope geschrumpfte, veränderte Blutkügelchen zu finden sind. Das durch den After entleerte Blut ist beim tiefen Sitze der Blutung manchmal auch flüssig und zum Theile geronnen (so bei Typhus, Mastdarmkrebs); kommt das Blut von höher, so sind es gewöhnlich theerartige, schwärzliche Massen, welche dasselbe vorstellt, und es gehen diese gelegentlich (bei stärkerer Blutung) allein ab, oder sie sind den Stuhlentleerungen beigemischt, manchmal den festeren, selbst harten Kothmassen im untergeordneten Verhältnisse beigemengt.

Nicht bei jeder selbst stärkeren Darmblutung wird das Blut nach Aussen befördert; und da sich die durch die Blutung gesetzten Zeichen der Anämie in solchen Fällen gewöhnlich anders deuten lassen, werden derlei Blutungen im Leben nicht immer diagnostizirt.

Die nähere Diagnose bei Darmblutungen Bezugs des Sitzes, des Characters, des zu Grunde liegenden Leidens etc. kann nur nach genauer Würdigung der Anamnese, der Untersuchung der Kranken, manchmal durch längere Beobachtung festgestellt werden; die Combination aller dieser Momente ist nothwendig, dieselben aber hier zu wiederhohlen, entspricht nicht dem Umfange dieses Werkes.

Aetiologie.

1. Die häufigste Quelle dieser Blutungen sind Geschwüre des Magens und des Darmes und die dadurch erzeugte Anätzung der Gefässe; vorzüglich sind der Häufigkeit und Heftigkeit der Blutung

wegen anzuführen: das perforirende Geschwür, der Krebs des Magens und des Dickdarms, das typhöse Geschwür, ferner die hämorrhagischen Errosionen, Hämorrhoiden und das tuberculöse Geschwür etc.

2. Die mechanische Stasis in der Capillarität des Darmes bei den bereits angegebenen Herz- und Lungenleiden, und vorzugsweise bei Krankheiten der Pfortader und der Leber: Cirrhose etc. ist eine weitere Ursache von Darmblutungen.

3. Die Berstung von Varicositäten der Venen, des Aneurysma Aortae nach vorausgegangener Anlöthung an die Wand des Magens oder Darmes.

4. Die scorbutische Beschaffenheit des Blutes, der sogenannte putride Character acuter Prozesse, Morbus Werlhofii.

5. Mechanische Einwirkungen: corrodirende oder scharfe, spitzige Substanzen; ferner Stoss, Fall, Anstrengung beim Erbrechen etc.

6. Bei ausgebreiteten Verbrennungen der Haut (Rokitansky) und vicariirend für Hämorrhoidal- und Menstrual-Blutung (?) etc. kommen auch Darmblutungen vor.

Das jeweilige Vorkommen der Darmblutung bei einem der angeführten chronischen Zustände kommt nicht immer allein durch dessen Bestehen zu Stande; sondern auch hier wirken häufig andere Ursachen mit, so: äussere Gewaltthätigkeiten, Erschütterung, Ueberfüllungen des Magens, feste scharfkantige Beimischungen der Speisen oder Kothmassen, sowie sehr harte Beschaffenheit oder grosse Anhäufung der Letzteren.

Aehnlichkeit. Es handelt sich zunächst:

a) um das allenfalls bei Nasen- und Mundblutungen (oder bei Säuglingen um das aus wunder Brustwarze) geschluckte und dann erbrochene Blut von einer Magenblutung zu unterscheiden. Bei genauerer Beobachtung und Untersuchung wird hier selbst bei Kindern und Säuglingen eine Täuschung nicht lange möglich sein;

b) um Magen- und Lungenblutung zu scheiden; weil bei Ersterer Hustenreiz und Husten entstehen, bei Letzterer auch Blut geschluckt und erbrochen werden kann. Die genauere, physikalische Untersuchung des Kranken, der Akt, wodurch ursprünglich und zumeist das Blut entleert wird (ob durch Husten und Räuspern oder durch Würgen und Erbrechen), die Beimischungen und die Beschaffenheit des entleerten Blutes leiten die Diagnose.

c) Um aus der Menge und der Beschaffenheit des durch den After abgehenden Blutes die Ursache zu bestimmen und zunächst, ob der Blutabgang durch Dysenterie, Hämorrhoiden, Geschwürszu-

stand, Herzfehler etc. bedingt sei. Hiefür wurden die nöthigen diagnostischen Momente schon alle im Verlaufe angegeben, und es ist eine für die Therapie schädliche Verwechslung nicht möglich, wenn man die Entleerungen genau ansieht, sich nicht auf die Aussage des Kranken verlässt, und seinen Kranken genau anamnestisch und physikalisch untersucht.

d) Eine dunkle schwärzliche oder schwärzlich grüne Galle gibt den Entleerungen auch das pechartige Aussehen, wie wenn sie blutig wären.

Gewöhnlich reicht aber das blosse Ansehen schon hin die Diagnose festzustellen; doch kann in manchen Fällen die mikroskopische Untersuchung nothwendig werden. Gallige Entleerungen werden ferner dadurch erkannt, dass sie beigemischtes Wasser gelb oder grünlich, gelbgrünlich färben, bei vorhandenen Blut wird das Wasser röthlich gefärbt.

Ueber den weiteren Verlauf und die Prognose der Darmblutungen lässt sich speziell nicht viel sagen, sondern nur schon Gesagtes wiederholen. Sie können gering sein und bald aufhören; sie können sich wiederholen; oder sie sind gar nicht mehr zu stillen; sie können langsam erfolgen und lang oder kurz dauern; sie können plötzlich und so stark zu Stande kommen, dass sie schnell tödtlich werden.

Bei der durch mechanische Stase bedingten können sie Erleichterung schaffen, aber hier so wie bei Geschwüren durch ihren hohen Grad ein rascheres Ende des primären Leidens bedingen. Auch die vicariirenden (?) Darmblutungen sind als vortheilhafte beobachtet worden.

Die Therapie hat immer die Aufgabe, die Blutung, wenn sie nicht zu gering ist, zu stillen; — und wir schliessen nur die Blutung bei Dysenterie und acuten Catarrh (die nicht hieher gehören), so wie die bei Hämorrhoiden (wenn sie nicht zu stark ist, oder aus einem geborstenen Varix entspringt) hievon aus.

Die besten Hämatostatica sind: Kälte innerlich als Eiswasser, Eispillen; äusserlich als Umschlag und Klystier. Ferner Alaun, Kochsalz, Tannin, Ergotin, Terpenthin-Oel, Acidum Benzoicum, Elixirium acidum Halleri, Schwefelsäure.

Die Metallsalze haben eine beschränktere Anwendung und sind bei Blutbrechen nicht zu geben.

Eine symptomatische oder gegen directe Ursachen (Sublimat etc.) und das Grundleiden (Scorbut etc.) gerichtete Behandlung ist

in einzelnen Fällen nothwendig; und wurde seiner Zeit schon angegeben.

Vom Regime, der Diät und der allenfalls nöthigen Nachbehandlung ist auch weiter nichts zu sagen.

X. Stuhlverstopfung; Alvi obstructio. Obstipatio.

Ist dem Grade nach von Hartleibigkeit unterschieden; und darf nicht mit Stuhlmangel verwechselt werden, welch letzterer bei Mangel an Nahrung (bei Hungernden, bei acuten und chronischen Kranken) oder Krankheiten des Pförtners, des Duodenums dadurch zu Stande kommt, dass überhaupt keine Fäcalmassen gebildet werden.

Stuhlverstopfung ist von sehr vielen Umständen abhängig, wird am häufigsten durch anderweitige Krankheiten bedingt, ist auch ein sehr relativ kranker Zustand, weil dieselbe von verschiedenen Menschen im verschiedenen Grade sehr verschiedentlich vertragen wird; — nichtsdestoweniger tritt dieselbe inmitten anderer nachweisbarer oder muthmasslicher Leiden oder des besten relativen Wohlseins manchmal als eigens lästiger und quälender Zustand hervor, welcher darum und der möglichen Folgen wegen eigens behandelt werden muss.

Die gewöhnlichen Ursachen lästigerer, andauernder Stuhlverstopfung sind Krankheiten des Magens, der Gedärme, des Bauchfelles, der Leber etc., mögen selbe mehr substantiv bestehen, oder durch anderweitige Leiden (Herzfehler, Lungenkrankheiten) bedingt sein, und in Catarrh, Verdickung, Geschwür, Verengerung, Entzündung oder Krampf bestehen. Ferner mechanischer Druck von Aussen und dadurch gesetzte Verengerung des Darmlumens durch Geschwülste den schwangeren Uterus, die Eierstock-Cysten; oder es stecken feste Kothmassen oder fremde Körper im Darme fest und hindern die weitere Bewegung desselben. Allgemeine Schwäche der Muskelkraft oder mangelhafte Innervation des Darmes, so bei Geistes- Hirn- Rückenmarks- und Nervenleiden, bei Chlorose, bei Anämie etc. können auch die Ursache sein.

Mehr locale Trägheit (Torpor) des Darmes, welche auch höhere Grade von Stuhlverhaltung erzeugen kann, folgt acuten Krankheiten des Darmes und anderer Organe etc. etc.; sie ist die Folge gewisser Nahrungsmittel (reizlose Kost oder Nüsse, Kastanien, rother Wein, schweres Brod etc.), oder Medicamente (Opium, Blei, Alaun oder die

weitere Folge von Abführmitteln etc.), oder des Mangels an Bewegung, der üblen Gewohnheit den Stuhl zur Zeit seines Eintrittes zurückzuhalten, etc. etc. — Gewöhnlich concurriren mehrere dieser Ursachen sowohl beim habituellen, als seltenen oder einmaligen Erscheinen der Stuhlverhaltung.

Die Stuhlverstopfung hält mehrere Tage auch ein paar Wochen an, ist häufig aber nur in geringen Graden (alle 2—3 Tage ein Stuhl) habituell; und als solche selbst nicht immer beschwerlich, so bei Frauen, bei Hysterie; bei Geistes- und Nervenkranken. In anderen Fällen entsteht das Gefühl von Schwere, Belästigung und Aufblähung des Bauches; der Appetit geht verloren; Aufstossen, Brechreiz stellt sich ein; der Kranke wird von dem Gedanken des Stuhlabsetzens oder vom lästigen Drängen und Stuhlzwang geplagt, Unaufgelegtsein, auch Unfähigkeit zur Arbeit und zur Bewegung, Steigerung anderer krankhafter Zustände und Symptome: Herzklopfen, Angst, Schwindel, Anfälle von Migräne etc. stellen sich ein.

Bei längerer Dauer leidet die Ernährung sichtlich; es kann auch zur heftigen Kolik, zur Entzündung der Darmschleimhaut, Peritonitis, zum Koth-Erbrechen und Brand der Gedärme kommen.

Durch habituelle, nicht berücksichtigte Stuhlverstopfung werden viele chronische Krankheiten des Herzens, der Lunge, Leber etc. direct gesteigert und ihr Verlauf beschleunigt.

Anhäufungen von Kothmassen im Darmkanale lassen sich manchmal durch dünnere Bauchdecken deutlich durchfühlen, und können gelegentlich für Geschwülste anderer Art gehalten werden. Sie finden sich nur im Verlaufe des Dickdarmes, zunächst im Rectum und Colon descendens, seltener im queren Grimmdarme. Sie sind manchmal über eine grössere Strecke ausgebreitet, gewöhnlich aber mehr abgegränzt; und stellen rundliche oder cylindrische, manchmal teigige nachgiebige, selbst verschiebbare Massen oder härtliche, mehr auseinander oder gedrängt rosenkranzförmig gelagerte Knollen dar. Sie können an dieser Stelle den Percussionsschall dämpfen und leerer machen; gelegentlich nach dem Gebrauche von Abführmitteln oder Klystieren ihre Lage ändern, oder selbst lang auf derselben Stelle verharren (bei Divertikelbildung des Darmes). Befinden sie sich im Mastdarme, so können sie auch mittelst des Fingers erreicht werden. Locale Schmerzen machen sie nicht, ausser es ist Catarrh des Darmes oder Hyperämie des Bauchfelles vorhanden.

Die Darmsteine sind beim Menschen selten, und noch seltener vom grösserem Umfange. Am häufigsten finden sie sich im wurmförmigen Fortsatze als plattgedrückte, längliche, lichtbraune Concretionen vor; sie bestehen aus eingedickten Fäcalmassen und Schleim.

Die Therapie ist zunächst durch das vorhandene primitive Leiden, durch den Grad der bereits gesetzten Zufälle, die Dauer und Hartnäckigkeit der Verstopfung zu modifiziren.

Wir haben bei allen sonstigen Leiden, in deren Folge die Stuhlverstopfung eintreten kann, immer den diätetischen Weg als denjenigen angerathen, wodurch hiefür Hülfe geschafft werden soll. Von dem fortgesetzten Gebrauche der Abführmittel ist in allen Verhältnissen abzurathen. Gelingt es nicht durch Bewegung, Wassertrinken, den Genuss von Obst u. dgl. den Stuhlgang im hinreichenden Grade zu fördern, so sind kalte Klystiere, kalte Waschungen und Begiessungen des Rückens, die Kämpf'schen Klystiere, und von Medicamenten Rheum und Aloë, jedes für sich, oder beide in Verbindung für den längeren Gebrauch anzurathen; aber auch hier ist jeder Missbrauch hintanzuhalten, und es ist allenfalls durch Zusatz von Ochsengalle oder etwas Salz (Arcanum duplicatum mit Aloë; Natron carbonicum mit Aloë) die Wirkung zu erhöhen.

Hochgradigere oder langdauernde Verstopfung erheischt manchmal die künstliche Entleerung des Darmes — es müssen Abführmittel gegeben werden; und manchmal sind selbst grössere Dosen, so wie die stärksten Drastica nicht vom gewünschten Erfolge begleitet.

Die Wahl des Mittels, die Dosis etc. hängt von den in der Aetiologie und bei den Folgen der Verstopfung angeführten Umstän den ab. Hier mögen nochmals die Mittel angeführt werden, deren man sich unter ähnlichen Verhältnissen mit Aussicht auf Erfolg bedienen kann, und deren nähere Darreichungsweise nicht im Vorhinein bestimmt werden kann. Grössere Mengen (1—2—3 Unzen) Ricinusöl, Calomel (2—5—10 Gran pro dosi) am besten mit Jalappa allein, oder gleichzeitig einige Gran von Scammonium, Gummiguttae; Resina Jalappae mit Aloë (ein paar oder mehrere Gran); ein starkes Infusum Sennae mit Sal Glauberi (auch etwas Tartarus emeticus) und Morphium; Croton-Oel (2—5 Tropfen in den Nabel eingerieben und alle $1/2$ Stunde etc. ein paar Mal wiederholt); Nux vomica, Strychnin Electricität, Tabaks-Klystiere.

Klystiere aus Eiswasser, Wasser mit Essig, mit Salz, mit Senna etc. (mehrere derselben bald nacheinander); kalte Douche, kalte Ab-

reibungen des Rückens, so wie Stuhlzäpfchen, Kneten des Bauches können nach Umständen als Unterstützungsmittel gebraucht werden.

Nux vomica, Strychnin, Electricität sollen sich bei gestörter Innervation am besten eignen, und es ist nur vor deren längeren Gebrauche bei Tabes dorsualis, und vor der frühzeitigen Anwendung bei Meningitis spinalis zu warnen, weil sonst der eigentliche Zustand verschlimmert wird.

Von der Electricität liess ich mir in einem verbürgten Falle die günstige Wirkung erzählen, welche bei einem zartgebauten sonst nicht kranken Mädchen nach mehrtägiger (17 Tage) Stuhlverstopfung erfolgte; nachdem durch diese Zeit die verschiedensten Mittel dagegen erfolglos versucht worden waren.

XI. Flatulenz der Gedärme, Meteorismus, Tympanites intestinorum.

Neigung zur Gasbildung und geringere Grade der Gasanhäufungen im Darmkanal (welche die normale Menge nicht viel übersteigen) nennt man flatulentia intestinorum, Blähsucht, Windsucht; höhere Grade, wenn sie acut zu Stande kommen, werden Meteorismus, auf chronischem Wege entstanden Tympanites intestinorum genannt.

Bei den höheren Graden ist es weniger die übermässige Bildung von Gasen, als die gestörte Innervation und die Lähmung der Muscularis, welche zunächst die Auftreibung der Gedärme setzt und eine grössere Expansion der Gase nach sich zieht; so bei Peritonitis, bei Darmstrictur und Krebs, bei Geistes- und Nervenkranken, vorzüglich bei Hysterie und Hypochondrie. Bei letzterer entstehen höhere Grade auch nach Gemüthsaffecten, oder es bestehen selbe Monate lang ohne Beschwerden. Bei Typhus gilt dieses nicht in dem Grade wie bei Peritonitis, denn man kann sich durch Entleerung der Kothmassen im Anfange des Typhus den Meteorismus häufig ganz ersparen.

Geringere Grade, welche wohl auch bei den genannten Zuständen vorkommen, entstehen zunächst unter eigener Anlage des Kranken nach dem Genusse gewisser, mehr blähender Speisen (frischen Brod, groben Mehlspeisen, Kartoffeln, Hülsenfrüchten, Gurken, Salat, Kohl, Rettig, Obst, jungen oder Flaschen-Bier, moussirenden Weinen u. dgl.), oder nach dem schnellen Essen; und werden gelegentlich durch träge, sitzende Lebensweise und Stuhlverstopfung gesteigert.

Gewissen Menschen ist Blähsucht habituell; und es findet dieselbe immer im reichlichen Abgange von Darmgasen bald oder später nach der Mahlzeit ihre günstige Lösung.

Die zum Theil der Gewohnheit unterliegende Rülpsucht, Ructatio (Abgang der Blähungen nach oben) gehört auch hieher.

Die in den Gedärmen eingeschlossene Luft besteht grösstentheils aus Kohlensäure, Wasserstoffgas, Kohlenwasserstoff- und Schwefelwasserstoffgas. Die abgehenden Flatus sind häufig geruchlos oder stinken nach Schwefelwasserstoff.

Geringe Grade von Luftansammlung in den Gedärmen werden anstandslos ertragen; bei anderen entsteht Auftreibung entweder einzelner Darmparthien oder des ganzen Unterleibes; daher sieht man die gespannten Darm-Wülste oder den ganzen Bauch gleichmässig hervorgetrieben, die hervorgetriebenen Stellen sind mehr weniger gespannt, elastisch oder selbst hart anzufühlen.

Bei grösserer Spannung der Bauchwand geht das Tympanitische des Schalles verloren, und letzterer erscheint dumpfer, selbst leerer. Bei gleichzeitigem flüssigen Darminhalte entsteht ein lautes Kollern, Gurren (bei Hysterischen nie fehlend), bei geringerer Spannung lässt sich hiebei ein lautes Wasserschwappen durch Druck, Schütteln des Kranken etc. erzeugen.

Die mit den geringeren Graden verbundenen subjectiven Störungen: spannende, kneipende Schmerzen, ängstliches Gefühl, Gefühl von sich nach oben oder unten bewegender Luft etc. sind die gewöhnlich so genannten Blähungsbeschwerden (Vapeurs der Franzosen).

Weitere Folgen höherer Grade oder des plötzlichen Eintrittes auch geringerer Grade sind: Kolik und Cardialgie (flatulente), Beklemmung auf der Brust, Athemnoth (Herzgespann genannt) Herzklopfen, Schwindel, Kopfweh etc. etc.

Höhere Grade des Meteorismus bei Typhus, Peritonitis, Darm-Stenose machen durch Druck auf die Lunge, Verdrängung des Herzens, Druck auf die Blase etc. den Zustand des Kranken im Ganzen gefährlicher, und es entstehen auch Anfälle von bedeutender Athemnoth, Angst, Unruhe, Harnbeschwerden etc.

Der V e r l a u f ergibt sich aus dem, was über die nächsten und entfernteren Ursachen gesagt wurde.

T h e r a p i e ist häufig nothwendig, wenn der Zustand beschwerlich, schmerzhaft ist, oder wenn bei acuten oder chronischen bedeutenderen Erkrankungen derselbe auch gefährlich werden könnte.

Nicht aber ist die Therapie in allen Fällen dieselbe; — bei der gewöhnlichen habituellen Blähsucht müssen vor Allem die blähenden Speisen, grössere Mengen der einzelnen Mahlzeiten gemieden und nach dem Essen Bewegung gemacht werden (hier passt es zunächst: post coenam stabis aut etc.). Sonst eignen sich hier und bei symptomatischer Blähung chronischer Krankheiten: Reibungen des

Unterleibes mit warmen Tüchern, warme trockene Umschläge, Einreibungen von Balsamus vitae Hoffmanni, Oleum carvi, Chamomillae, Foeniculi. Innerlich Liquor Hoffmanni, eine Tasse Thee oder etwas Oelzucker oder Aqua destillata von Mentha, Chamomilla, Foeniculum, Anisum, Carvum etc.

Weniger ist von den absorbirenden Mitteln : Magnesia, Lapides cancrorum etc. zu erwarten.

Abführmittel sind nur bei Stuhlverstopfung mit den Carminativis zu verbinden.

Bei Typhus sind für den Meteorismus Eisumschläge und Eisklystiere das Beste; man wendet sie auch bei Peritonitis, Stricturen etc. nicht aber mit demselben Erfolge wie bei Typhus an.

Bei hochgradiger gefährlicher Tympanitis sind weiters Abführmittel, die Electricität und die Punction mit einem feinen Troicar empfohlen, und schon mit günstigem Erfolge angewendet worden.

XII. Entozoën, Darmwürmer, Helminthiasis intestinalis, Wurmkrankheit.

Im Darmkanale des Menschen kommen: der Spulwurm, der Springwurm, der Peitschenwurm und der Bandwurm (Taenia und Bothryocephalus) vor.

Der Spulwurm, Ascaris lumbricoides (lumbricoides, wegen der Aehnlichkeit mit dem Regenwurm) ist cylindrisch, an beiden Enden sich verdünnend und besitzt an dem einen (Kopf) Ende drei knötchenförmige Erhabenheiten; er ist weisslich, gelblich, bräunlich oder röthlich von Farbe, hat die Länge von 6—16 Zoll, und die Dicke von 1—2 Linien. Das Geschlecht ist getrennt.

Er kommt sowohl bei Kindern als bei Erwachsenen, gewöhnlich im Dünndarm vor, und zwar in sehr verschiedener Zahl, manchmal in unglaublicher Menge, gewöhnlicher einzeln oder deren nur einige.

Der Springwurm, Oxyuris auch Ascaris vermicularis, Madenwurm, Pfriemenschwanz ist klein, nur 2—5 Linien lang, dünn und weisslich von Farbe. Das Kopfende ist dicker, mit zwei kleinen blasenartigen Hautflügeln versehen; auch er ist getrennten Geschlechts, das Schwanzende ist beim Weibchen spitz und gerade, beim Männchen stumpf und spiralförmig gebogen.

Sein Sitz ist der Dickdarm, vorzüglich der Mastdarm. Häufiger findet er sich bei Kindern und jungen Leuten; er ist gewöhnlich in grosser Zahl vorhanden; die Männchen sind sehr selten.

Der Peitschenwurm, Trichocephalus dispar ist 1—2 Zoll lang, das hintere Ende ist kurz und dicker, auf diesem sitzt das vordere längere, sehr dünne, wie eine Peitschenschnur auf ihrem Stiele auf. Er ist getrennten Geschlechtes ; beim Männchen ist das dickere Ende gewunden, beim Weibchen gerade.

Er findet sich im Coecum und im Dickdarme, und zwar in der Mehrzahl der Leichen, besonders der an Typhus Verstorbenen.

Der Peitschenwurm ist bis jetzt noch kein Gegenstand der Behandlung geworden; man findet denselben in den Leichen, ohne dass sein Dasein durch Symptome oder abgehende Würmer im Leben bekannt geworden wäre.

Der langgliederige Bandwurm, Kettenwurm, Taenia solium seu cucurbitina (cucurbitina wegen der Aehnlichkeit einzelner abgehender Stücke mit den Kürbisskernen) hat einen langen, platten, gegliederten Körper, ein langes, fadenförmiges nicht gegliedertes Halsstück und ein sehr kleines (sandkorngrosses) Kopfende, an welchem mit der Loupe vier Saugnäpfe und ein ausstreckbarer Rüssel mit einem Hackenkranz zu sehen sind. (Die Hacken sind nicht immer vorhanden und werden desshalb nicht allgemein zu den Charakteren des Bandwurmes gerechnet.) Die vorderen Glieder des Körpers sind kurz, die folgenden fast viereckig, die übrigen länglicht, alle stumpfeckig. Die Bandwürmer sind Zwitter, und pflanzen sich durch Eier fort (welche auch ohne Glieder abgehen und in den Stühlen mikroskopisch gefunden werden können). Die Geschlechtsorgane finden sich bei den ausgebildeten (reifen) Gliedern der Tänia am Rande derselben, sind unregelmässig wechselständig und ragen daselbst als kleine Wärzchen hervor. Die Farbe des Bandwurmes ist weisslich, gelblich, seine ganze Länge reicht zu 20—25 Ellen und darüber, ist aber sehr verschieden.

Dieser Bandwurm kommt in dem Dünndarme der Deutschen, Engländer, Aegypter, Orientalen etc. vor.

Der breite Bandwurm, auch Grubenkopf genannt, Bothryocephalus latus unterscheidet sich von dem früheren hauptsächlich dadurch, dass seine einzelnen Glieder mehr breit (nicht so länglicht) und die Geschlechtsorgane nicht seitlich, sondern in der Mitte der (Fläche) Glieder gelagert sind.

Dieser Wurm kommt im Darme der Schweizer, Pohlen, Russen etc. sehr selten bei Deutschen, Engländern etc. vor.

Gewöhnlich ist nur ein Bandwurm in einem Individuum, doch auch 2—3 und in seltenen Fällen auch mehrere; wegen seines mehr

vereinzelten Vorkommens wurde er auch Vermis solitarius genannt.

Aetiologie.

Die älteren Ansichten über Generatio aequivoca wurden ganz verlassen; die Würmer gelangen nur als Eier oder Larven in den Darmkanal des Menschen und entwickeln sich daselbst weiter.

Die Cysticerci (Finnen) wie sie bei Thieren und Menschen gefunden werden, stellen (nach Siebold, Thomson, Küchenmeister) Entwicklungsstufen der Tänien dar, aus welchen sich diese letzteren weiters herausbilden.

Ohne Zweifel hat das häufigere Vorkommen der Eingeweidewürmer, wie es nach dem Klima, der Lebensweise, der Constitution und dem Alter der Menschen verschieden gefunden wird, darin seine nächste Begründung, dass die Bedingungen für deren Bestehen und Entwickeln nicht allerorts und bei allen Menschen im gleichen Grade gegeben sind. Nur sind alle diese Verhältnisse bis jetzt noch zu wenig aufgeklärt, um allenthalben als Anhaltspunkte für die Aetiologie benützt werden zu können. So viel ist ausgemacht, dass die Entozoën mit keinem anderen pathologischen Zustande in irgend ein Causal-Verhältniss zu bringen sind, und dass bei uns im kindlichen Alter die hier häufiger vorkommenden Arten derselben (Spring- und Spulwurm) da häufiger zu finden sind, wo viel und vorzüglich vegetabilische Nahrung genossen wird.

Die Bandwürmer sind häufiger bei Erwachsenen; häufiger (nach Wawruch) bei Fleischhauern, Selchern und Köchinnen, und am seltensten bei Juden (sie geniessen in der Regel kein Schweinfleisch).

Die Diagnose auf die Gegenwart von Würmern kann nur dann mit Bestimmtheit gemacht werden, wenn deren welche oder ihre Glieder abgehen.

Häufig erzeugen die Würmer gar keine Störungen; doch sind es zunächst nur wieder diese Letzteren, welche zuerst auf die Möglichkeit des Daseins derselben aufmerksam machen. Die durch Würmer erzeugten Symptome haben weder in der Form, noch in der Dauer etc. irgend etwas Charakteristisches, und reducieren sich zunächst und in den meisten Fällen auf die mannigfachen Zeichen gestörter Verdauung. Geringere Grade von Dyspepsie, Bauchgrimmen, Unwohlsein, Magencatarrh, Stuhlverstopfung, Diarrhoe etc. sind es zunächst, welche den Verdacht auf Würmer erregen, wenn sie nicht anderswie zu deuten sind, der gewöhnlichen Therapie nicht weichen oder sich öfter wiederholen.

Auch wird als Eigenthümlichkeit dieser Zufälle angegeben, dass sich selbe zur Zeit des Neumondes und nach dem Genusse von Häringen, Schinken, Zwiebeln, Meerrettig etc. steigern sollen; dagegen zur Zeit des abnehmenden Mondes und nach dem Genusse von Milch, Zuckerwasser geringer werden.

Die Oxyuris vermicularis erzeugt ein starkes Jucken im Mastdarm (selbst geringere Grade von Catarrh), und soll durch Wanderung in die Geschlechtswege (wohl auch durch sympathischen Reiz) Gelegenheit zur Onanie geben.

Höhere Grade von Verdauungsstörungen, Gemüthsverstimmung, schlechtes Aussehen, etc. kommen bei an Tänia leidenden Erwachsenen gelegentlich auch vor; und es sind die mehr nervösen Symptome dann höheren Grades, wenn es nicht gelingt den Wurm bald abzutreiben, ohne dass diese Leute Hypochonder oder hysterisch wären.

Noch werden als Folgen der Würmer angeführt: Hirnreizzufälle, Convulsionen, Epilepsie, Sinnes- und Geistesstörungen, Verfall der Vegetation (schlechtes Aussehen, Abmagerung), bei Kindern fieberhafte Aufregung (Febris verminosa). Durch Spulwürmer soll Perforation des Darmes, Peritonitis, Abscessbildung in der Bauchwand erzeugt worden sein; doch ist an All dem so lange mit Recht zu zweifeln, bis man es nicht selbst gesehen hat.

Spulwürmer gelangen in den Magen, und können durch Erbrechen, vorzüglich gelegentlich anderer Erkrankungen durch den Mund ausgeworfen werden, was gerade nicht immer gefahrlos vor sich geht; so sah ich einmal ein Mädchen hiedurch der Gefahr der Erstickung ausgesetzt werden. Auch wird die Verstopfung der Gallengänge durch Spulwürmer als Ursache des Icterus angeführt.

Die Prognose ist nur in so ferne nicht immer günstig, als es nicht immer leicht gelingt den Bandwurm ganz abzutreiben; oder bei Spul- und Springwürmern trotz ihres Abganges immer wieder neue Beschwerden, neue Würmer oft durch längere Zeit zu behandeln sind.

Therapie.

Die Indication ist immer dieselbe: Würmer, deren Gegenwart constatirt ist, abzutreiben. Zur Constatirung ist es beim Bandwurme häufig nothwendig, früher ein stärkeres Abführmittel zu geben, weil man sich auf die unbestimmten Aussagen der Kranken nicht verlassen kann.

Was die Zeit und die Art des Abtreibens anbelangt, so thaten es ältere Aerzte lieber zur Zeit des abnehmenden Mondes (vorzüg-

lich bei Tänia) und zogen eine combinirte (mit Vorbereitung) Behandlung vor; gegenwärtig glaubt man hierauf nicht reflektiren zu müssen doch dürften weitere Beobachtungen wie sie Küchenmeister begonnen hat, dass nemlich zur Zeit des abnehmenden Mondes zahlreichere Glieder des Wurmes als sonst abgehen, zu anderen Ansichten führen; besonders da, wo der Abgang des ganzen Wurmes nicht so leicht gelingt. Das Abtreiben der Tänia (manchmal ein nicht geringer Eingriff) wird zur Zeit anderer Erkrankungen, während der Schwangerschaft, Lactation und Menstruation nicht vorgenommen; und bei kleineren Kindern verschiebt man dieselbe.

Während der Behandlung wird die Kost und das Regime theils nach den Vorschriften der Kur, theils nach den sonstigen Zufällen modifizirt; bei Spul- und Springwürmern ist es auch gerathen nach der Zeit eine Aenderung der Lebensweise (temporär) eintreten zu lassen.

Die gegen die Darmwürmer wirksamen (sogenannten Anthelminthica) Mittel sind:

a) Gegen den Springwurm: Klystiere von kalten Wasser, Klystiere mit Knoblauch, Asand, Tanacetum, Terpentinöl etc. Stuhlzäpfchen aus geräucherten Speck, Einschmieren des Afters mit Quecksilber etc.

Innerlich: Knoblauch mit Milch oder Semina Cinae, Santonin. Ferner das Teucrium marum verum und das Elaeosaccharum Rorismarini (Bednař).

b) Gegen den Spulwurm sind Semina Cinae condita oder Santonin das Beste.

Auch Valeriana, Knoblauch; Einreibungen des Bauches mit Oleum Tanaceti, mit Terpentinöl sind gut, manchmal reicht auch ein stärkeres Abführmittel vollständig aus.

c) Gegen den Bandwurm werden jetzt am häufigsten (gewissermassen als Specifica) die frische Granatwurzelrinde in Abkochung oder das frische Extract und das ätherische Oel von Filix mas gegeben. Auch die Koussoblüthen (Brayeria anthelmintica) als ein Mittel der neuesten Zeit werden als sehr wirksam (was ich nicht bestätigen kann) empfohlen.

In früherer Zeit fanden noch das Terpentinöl, das Chabertische Oel (Terpenthinöl nnd oleum animale foetidum (der Campher, die Zinnfeile, das Oleum Tanaceti, das Opium, die Electricität etc. mehrseitige, und alle die genannten Mittel auch eine mehr combinirte, ja mit Vorbereitungen und Abführmitteln auch sehr zusammengesetzte

Anwendung. Creosot (15 Tropfen mit einem Tropfen Crotonöl) soll auch wirksam sein.

Von der Granatwurzelrinde werden (für Erwachsene) 1—2 Unzen durch 12 Stunden (am besten im weichen Wasser) macerirt, und dann $1/_2$—1 Stunde auf die Colatur von 1—2 Pfund gekocht. Auch ist die Dosis der Rinde, so wie die Zeit des Kochens häufig eine andere, erstere stärker, die zweite länger.

Man lässt das Decoct ohne Vorbereitung Morgens in grösseren Gaben und kurzen Zwischenräumen (je nach dem Reizvertrag) nehmen, den Kranken dabei in frischer Luft herumgehen und bei eintretenden Ueblichkeiten etwas destillirtes Wasser, Oelzucker oder Wein nehmen. Schnelles Hinabschlucken ohne längerem Verweilen im Munde macht es leichter vertragen.

Erfolgt nicht bald der Abgang des Wurmes oder überhaupt kein Stuhlgang, so gibt man Ricinusöl oder Calomel mit Jalappa (auch mit anderen Drasticis) als Purgans nach; so dass einige flüssige Stühle erfolgen.

Das völlige Abgehen des manchmal zum Theil aus dem After heraushängenden Wurmes wird am besten durch Unterstellen einer mit heissen Wasser gefüllten Leibschüssel befördert.

Gelingt die Kur nicht oder nicht vollständig (dass nicht auch das Kopfende abging), so steht bei gutem Reizvertrag des Kranken der baldigen (gleich am 2. Tage) Wiederholung nichts im Wege.

Erbrechen, Leibschneiden, stärkere Diarrhoe sind manchmal die Folgen dieser Anwendung; selten sind sie erheblich, sie werden durch Aromatica etc. beschwichtiget, und es erfordert das Erbrechen eine weitere Menge des Decoctes dann, wenn viel davon erbrochen wurde; in einzelnen Fällen wird aber das Decoct gar nicht vertragen.

St. Emanuel Schroff gab wiederholt in der Klinik mit gutem Erfolge nachstehende Form da, wo das Decoct nicht vertragen oder erfolglos gegeben wurde.

Rep. Cort. rad. Punic. granat. rec. uncias quatuor macerentur c. suff. quant. aquae per 12 horas, coquant. per tres horas; colatura bene expressa evaporet. ad consistent. melaginis; adde: pulv. rad. filicis maris unc. semis; pulv. rad. Jalappae drachmas duas. Misce fiat Electuarium.

S. Jede Stunde 2 Caffeelöffel voll zu nehmen.

Das ätherische Oel von Filix mas (frisch bereitet) soll 15—20 Tropfen genommen schnell und sicher wirken.

Auch macht man aus gleichen Theilen des Extract. filic. maris aether. und Pulv. filicis maris 20 oder 30 Stück Pillen (jede zu 2

Gran), und lässt sie nach Peschier's Methode (20 Pillen) auf 2mal je zu 10 Stück $1/2$ Stunde vor dem Schlafengehen, oder 4—5 Pillen alle $1/2$ Stunde im Laufe des Vormittags nehmen. Dabei bleibt der Kranke nüchtern.

Die gepulverten Coussoblüthen gibt man ($1/2$—1 Unze) in Decocto, oder lässt sie mit Wasser zu einem Brei angemacht Drachmenweise (pro dosi speciali) in kürzeren oder längeren Zwischenzeiten nehmen.

Bezugs der complicirteren Behandlungsweisen verweisen wir auf Canstatt's Handbuch der Pathologie. Die dort angeführten Methoden von Schmidt und Wawruch als die sehr häufig mit gutem Erfolge angewendeten wollen wir hier in Kürze wiedergeben für die Fälle, wo die Granatwurzelrinde oder Filix mas nach obiger Angabe nicht ausreichen sollte.

L. A. Schmid'ts Methode. Zuerst nimmt der Kranke (des Morgens das erste Mal nüchtern) folgende Mischung: Rp. Pulv. rad. Valerianae dr. sex, fol. Sennae drachm. duas, infund. c. aqu. fervid. Colaturae unc. sex adde Salis Glauberi drachm. tres, Syrupi Mannati unc. duas, Elaeosacch. Tanaceti drachm. duas. Sign. alle 2 Stunden 2 Esslöffel voll; wobei der Kranke viel schwarzen Kaffee mit Syrup. commun. oder Zucker trinken muss. So wird bis Abends 7 Uhr fortgefahren. Des Mittags wird eine dünne Mehlsuppe genossen und des Nachmittags einige Stücke Häring mit Häringsmilch; des Abends aber (um 8 Uhr) Häringsalat mit gehackten rohen Schinken und recht viel Oel und Zucker vermischt. Unter dieser Behandlung zeigen sich schon viele Glieder des Wurmes. Am nächsten Morgen nimmt der Kranke von 6 Uhr an folgende Pillen: Rp. Asae foetid: Extracti gramin āā drachm. tres, Pulv. gummiguttae, Rad. rhei, Jalappae āā drachm. duas, Pulv. rad. Ipecac., Herbae Digit. purp. Sulfuris aurati Antimon. āā scrup. semis, Merc. dulcis scrup. duos, Olei Tanaceti aether., Anisi Aether. āā gutt. quindec. m. f. l. a. pil. pond. gran duor. Consp. pulv. Lycopodii et dent: ad vitr. bene obturatum. Sign. Alle Stunden 6 Pillen mit 1 Theelöffel voll gewöhnlichen Syrup zu nehmen. Eine halbe Stunde nach der ersten Dosis nimmt der Kranke 1 Esslöffel voll Ricinusöl. Mit den Pillen wird fortgefahren und in der Zwischenzeit viel schwarzer Caffee getrunken. Bis 2 Uhr Nachmittag soll meist der Abgang des Wurmes erfolgen, wo dann mit den Pillen ausgesetzt wird. Ist diess nicht der Fall, so werden die Pillen fortgesetzt. Bei langsamen Abgang des Wurmes kann zwischen durch Ricinusöl genommen werden etc. etc.

Nach Wawruch ist die Vollmondzeit die schlechteste, die letzten Tage des abnehmenden Mondes die beste Zeit zur Abtreibung. Die trockene Sommerzeit geeigneter als regnerisches, nasskaltes Wetter. Seine Vorbereitung bestand in strenger Diät (nur 3mal täglich lautere Suppe) und in der Darreichung eines Decoctum Taraxaci und Cichor. mit Salmiak durch 3—5 Tage. Am Vorabende und am Morgen des Kurtages wird Wasserpanade mit ungesalzener Butter und Klystiere (aus Milch und Oel zu gleichen Theilen) gegeben.

Hierauf werden am Kurtage Morgens (um 8 Uhr) 2 Unzen Ricinusöl, und $1/2$ Stunde später 1 Drachme pulv. Filic. maris gegeben; und dasselbe um 9 und 10 Uhr Vormittags wiederholt. Um 1 Uhr Nachmittags wird ein Purgans aus Calomel und Gummiguttae gegeben. Das Abführmittel und die 2. 3. Dosis von Filix mas bleibt weg, wenn der Wurm früher abgeht.

Schleimiges Getränk, schleimige Suppen werden über den Tag genommen; — und bei starkem Bauchgrimmen, Erbrechen etc. Cataplasmen, Hyosciamus etc. gegeben.

XIII. Kolik, Darmschmerz, Bauchgrimmen, Colica, Enteralgia.

Sind Anfälle von Schmerzen in der Nabelgegend oder nach dem Verlaufe des Colons (daher Kolik), welche gewöhnlich zusammenschnürend, reissend und sehr heftig sind.

Diese Schmerzen begleiten die verschiedenen Krankheiten des Darmes etc. wie schon angegeben wurde (Colica symptomatica auch inflammatoria), nur sind sie manchmal für sonst nicht deutliche Zustände: Krebs, Geschwüre etc. des Darmes längere Zeit hindurch ein nicht immer zu deutender Begleiter oder Vorläufer.

Die rein nervöse Kolik ist seltener als andere Neurosen, und es ist dieselbe auch da, wo sie die Charaktere der Neurosen an sich trägt, häufig von Stuhlverstopfung, Stasen im Unterleibe, Hämorrhoiden (Hämorrhoidalkolik) und der Einwirkung von Metallen (Bleikolik etc.) abhängig.

In den Anfällen der mehr nervösen Formen sucht sich der Kranke durch Anziehen der Füsse, durch äusseres Drücken des Bauches den Schmerz zu lindern. Der Bauch ist dabei gespannt, entweder eingezogen oder etwas aufgetrieben; die Schmerzhaftigkeit desselben wird beim äusseren Drucke nicht gesteigert. Gesicht und Extremitäten sind Anfangs kühl; der Puls nicht frequent. Grosse Unruhe, Ueblichkeit,

Harn- oder Stuhlzwang begleiten diese Schmerzen, so auch manchmal Erbrechen.

Andere Schmerzen können sich ebenfalls damit combiniren, und nach längerer Dauer der Anfälle kann Gefässaufregung folgen.

Diese mehr substantiven Koliken haben auch vollständige Intermissionen, ja gewöhnlicher kommen nur vereinzelte, sehr auseinander gelegene Anfälle (ohne Zusammenhang) vor; und zur Zeit des Anfalles lässt der Schmerz etwas nach für Momente, auch für Stunden (psyctica), um dann wieder heftiger zu werden.

Koliken sind bei Hysterischen Chlorotischen seltener als andere Formen; sie kommen häufiger bei Männern, die eine sitzende Lebensweise führen, vor.

Ueber den Gesammtverlauf lässt sich nichts sagen, er scheint zu fehlen und die Anfälle scheinen immer nur durch neue Veranlassungen zu entstehen.

Als mehr substantive Koliken werden aufgefasst:

a) Die schon angeführten: Colica saturnina und Colica haemorrhoidalis,

b) die Colica flatulenta; ihrer wurde schon bei der Tympanites gedacht; — der Bauch ist hier stellenweise aufgetrieben etc.; ihre Ursachen und ihr Verlauf sind dieselben wie die der Cardialgia flatulenta.

c) Colica stercoracea. Vereinzelte oder einige bald sich folgende Anfälle von Kolik, welchen Stuhlverstopfung vorausgeht, und die mit Hebung der letzteren bleibend schwinden.

d) Colica psyctica, rheumatica. Entsteht nach plötzlicher Verkühlung, macht heftige Anfälle (von den beschriebenen Schmerzen) einigemal des Tages, hat durch 1 selbst 2—3 Tage, wenn die Anfälle nicht zu häufig sind, vollkommene Intermissionen (kein Fieber, kein Entzündungsschmerz im Bauche etc.), und wird gewöhnlich von Stuhlverstopfung begleitet (vielleicht auch gleichzeitig eingeleitet).

Bei gutem Verhalten und zweckmässiger Behandlung hört sie bald auf; wenn nicht, so stellen sich am 2. Tage (nach Umständen auch früher oder später) die Zeichen der Peritonitis und Fieber ein etc.

Als Intermittens larvata habe ich Enteralgia nicht gesehen.

Weitere Arten der symptomatischen Kolik der Autoren sind: Colica verminosa, biliosa, gastrica, pituitosa etc. etc.

Was die Therapie anbelangt, so wird die Colica flatulenta gleich der Cardialgie desselben Ursprungs behandelt; bei der Stercoracea gibt man im Anfalle schmerzstillende Mittel, warme Tücher am

Bauche, lässt letzteren frottiren etc. — Ferner muss für Stuhlgang (jedoch nicht durch Senna) gesorgt werden.

Bei der psyctica reicht Wärme und Morphium aus; sollte die Verstopfung es nothwendig machen, so werden gleichzeitig 1—2 Dosen Calomel (2—3 Gran), oder einige Klystiere (aus Wasser und Oel) gegeben. Bei längerer Dauer ist die Therapie der mittlerweilen ausgebildeten Peritonitis anzupassen.

E. Krankheiten des Bauchfells.

I. Entzündung des Bauchfells. Peritonitis. Peritoneitis.

Die anatomischen Charaktere sind dieselben, wie bei den Entzündungen anderer seröser Häute; darum wir auf das verweisen, was als Auszug des pathologischen Befundes bei der Pleuritis hierüber angegeben wurde; und fügen nur noch einige Bemerkungen zur Erklärung der Symptome hinzu.

Vorwaltend plastische Exsudate kommen entweder bei mehr localer Entzündung in abgeschlossener Form oder in dünneren Lagen zerstreut zwischen den Gyris, zwischen Darm- und Bauchfell etc. vor. Auch die dicksten Lagen, wie sie mit gleichzeitiger Tuberkelablagerung im Exsudate gefunden werden, sind nicht — oder nur an einzelnen Stellen von beträchtlicher Dicke. Das grosse Netz ist es vorzugsweise, welches zu einem dicken, unebenen Strang, der mit Tuberkel durchsäet ist, umwandelt, an einer oder mehreren Stellen angewachsen, quer oder schief in der obern Bauchgegend gelagert gefunden wird.

Seröse spätere Ergüsse finden sich nicht frei und beweglich in der Bauchhöhle, sondern an einer Stelle angesammelt, weil durch die Gerinnung des plastischen Exsudates und durch die stellenweise Anlöthung der Darmschlingen an die Bauchwand allenthalben der freie Raum beeinträchtiget ist.

Durch den pseudovegetativen Antheil der Entzündung kommen verschiedene Verwachsungen der Unterleibsorgane, Verwachsungen, Knickungen und Verengerungen der Darmschlingen, die Bildung längerer dünner Stränge oder breiter kürzerer Membranen zu Stande, wodurch weiters verschiedene Störungen in der Darmbewegung und durch letztere selbst tödtliche Einklemmungen des Darmes bedingt werden.

Durch die weiteren Metamorphosen des nicht resorbirten Exsudats kommen ferner umschriebene Herde mit eiterigen (jauchigen), im späteren Verlaufe mit mehr eingedickten, mörtelartigen oder tuberculösen Inhalte zu Stande; wovon die ersteren theils nach Aussen, theils in den Darm, in die Blase etc. perforiren können.

Grössere, vorwaltend seröse Ergüsse sind auch hier diejenigen, die nach langer Zeit noch am vollständigsten resorbirt werden können, und die geringsten Metamorphosen eingehen etc. Durch diese Ansammlungen entsteht eine grössere Auftreibung des Unterleibes, Druck auf das Zwerchfell und die unteren Parthien der Lunge.

Bei vorwaltend plastischer Exsudation geschieht dasselbe durch die gleichzeitige meteoristische Auftreibung des Darmes in Folge der gelähmten Muskelhaut, und es erreicht der Meteorismus in diesen Fällen die höchsten Grade.

Krankheitsbild.

Die Bauchfellentzündung ist seltener ein substantiver, als ein abhängiger und secundärer Prozess; häufiger ist sie umschrieben als ausgebreitet. Von den ersteren gehört die aus mechanischen Ursachen und die im Puerperio nicht hieher; und es gilt das im Nachstehenden angegebene Bild zunächst für die durch Verkühlung entstandene, mehr ausgebreitete Form.

Fieber tritt gleichzeitig mit den localen Symptomen ein, ist gewöhnlich in der ersten Zeit selbst überwiegend, nicht selten von stark entzündlichen Charakter, macht starke Abend-Exacerbationen, und lässt erst mit vollendeter Exsudation nach.

Gleichzeitig mit dem Fieber tritt an einer mehr umschriebenen Stelle ein heftiger anhaltender, tiefer Schmerz ein, welcher stechend, reissend ist, und durch Bewegungen des Körpers, äusseren, selbst den geringsten Druck, tiefes Athmen des Kranken gesteigert wird. Von dieser Stelle strahlt der Schmerz im grösseren Umfange aus, und gewinnt auch als fixer bald eine grössere Ausdehnung.

Zu diesem anhaltenden, in der Ruhe doch auch sehr nachlassenden Schmerze gesellen sich in kürzeren oder längeren Zeiträumen heftigere schnürende, kolikartige Schmerzen von verschiedener Dauer hinzu. Erbrechen von schleimiger und gallichter Flüssigkeit stellt sich entweder gleich am Anfange oder bei zunehmender Ausbreitung bald hinzu. Der Bauch wird mässig aufgetrieben und gespannt, das Athmen beschleunigt und mühsam. Der Stuhl ist in der Mehrzahl der Fälle angehalten. Der Harn wird wenig und mit vielen Zwang abgesetzt und ist Entzündungsharn.

Im steigenden Verlaufe verfällt das Gesicht des Kranken rasch, die Schmerzhaftigkeit und Auftreibung des Bauches nimmt zu; die Anfälle von Kolikschmerzen werden häufiger; der Kranke fürchtet Getränk zu sich zu nehmen, um nicht neues Erbrechen herbeizuführen; schmerzhaftes Schluchzen gesellt sich hinzu, der Puls wird klein und sehr frequent; die Extremitäten kühl.

In diesem Zustande kann der Kranke einige Tage verbleiben bei wechselnder Steigerung einzelner Symptome und deren auffallendem Nachlasse; so des Erbrechens, der Kolikschmerzen etc. und es geht dann der Prozess rasch zur Genesung, oder aber jetzt oder gleich beim Fortwähren der Steigerung verfällt der Kranke in einen apathischen somnolenten Zustand, ohne das Bewusstsein ganz zu verlieren; die Schmerzhaftigkeit lässt nach, der Bauch nimmt an Umfang zu etc. etc.

Die Percussion ist in solchen Fällen gewöhnlich des Schmerzes wegen unstatthaft; nur bei langsameren Verlauf und nicht grosser Ausbreitung des Leidens findet man schon im Steigen desselben an manchen Stellen, wo der Schmerz bereits nachgelassen hat, einen gedämpften Schall.

Varietäten.

Von dieser Form gibt es nun den Erscheinungen nach eine Menge Abweichungen, die zunächst durch die Ursache, den beschränkteren Sitz, den langsameren Verlauf und die Itensität des Prozesses bedingt sind.

a) Die heftigsten Erscheinungen gestalten sich rasch bei der durch Perforation entstandenen oder bei der zu Einschnürung etc. hinzutretenden Peritonitis.

b) Die mehr localen Entzündungen sind zunächst durch genauere Beschränkung der Entzündungs-Symptome ausgezeichnet. Der Grad derselben, sowie des Fiebers und anderer sympathischer Erscheinungen ist nichts destoweniger manchmal sehr gross, und die Art der letzteren (z. B. Erbrechen, Harnzwang, Stuhlgang etc.) gewöhnlich vom Sitze des Leidens in der obern oder untern Bauchgegend, so wie die kolikartigen Schmerzen von der Betheilung des serösen Blattes abhängig. Bei diesen localen Formen ist es auch, wo nach einiger Dauer derselben und dem Nachlasse des Schmerzes der Percussionsschall nicht selten eine stärkere Dämpfung an einer umschriebenen Stelle erfährt.

c) Wenig intensiv verlaufen endlich die mehr seröses Exsudat setzenden Entzündungen nach Intermittens, nach Exanthemen, bei Morbus Brightii (Uebergangsformen zum Ascites); wo die Zeichen der

Hyperämie (Schmerz, Fieber etc.) nicht heftig, doch anhaltend sind, die sympathischen Zufälle fehlen oder gering sind, und verhältnissmässig in kurzer Zeit viel freies Exsudat gesetzt, und desshalb durch die physikalische Untersuchung deutlicher nachzuweisen ist. Der ausgedehnte Bauch schwappt, der leere Percussionsschall wird an den abhängigsten Stellen gefunden und wechselt nach der Lage des Kranken.

Bei den durch Perforation gesetzten, so wie bei localen Peritonitiden ist manchmal Diarrhoe vorhanden, wenn gleichzeitig Darmcatarrh besteht; und in den sub c) angeführten Formen fehlt die Diarrhoe noch seltener.

Aetiologie.

Als selbstständiger Prozess ist, wie schon gesagt, Peritonitis ausser dem Puerperium nur die Folge von äusseren traumatischen Einwirkungen oder von Verkühlung, und kommt auch hier eben so häufig local als mehr ausgebreitet zu Stande.

Secundär kommt dieselbe bei den schon angeführten Entzündungen, manchmal nach Exanthemen, nach Intermittens, bei Morbus Brightii, Pyämie, nach Perforation des Darmes und mit verschiedenen anderen Krankheiten der angränzenden Verdauungs-, Geschlechts-, Harnorgane, der Muskel und Wirbelbeine vor.

Besondere Disposition zu derselben hat das weibliche Geschlecht in den Jahren der Reife, weil durch die Menstruation, die Schwangerschaft, das Wochenbett und andere Krankheiten der Geschlechtsorgane zur entzündlichen Erkrankung des Bauchfelles die grösste Gelegenheit gegeben wird.

Der Verlauf und die Dauer ist ganz verschieden; von den acutesten, innerhalb 1—2 Tagen lethalen bilden die in die Monate sich hinausziehenden und dann tödtlichen, oder einer sehr schwankenden Gesundheit überlieferten Fälle das andere Extrem.

Primitive reine Fälle von mässiger Intensität und durch Verkühlung entstanden verlaufen vollends zwischen 2—3 Wochen; können auch vor dem 7. Tage schon tödtlich, selten vor dem 4. durch Heilung beendet sein.

Ausgänge.

1. Heilung.

a) Die vollständige ist nur bei den reinen Formen möglich, und auch bei diesen, wenn sie hochgradig sind, selten zu beobachten. Sie erfolgt nach Umständen bald früher bald später, und unter den gewöhnlichen Krisen. Leicht bleiben auch hier mässige Grade

zurück, die dann später eben zu mehr umschriebenen Verwachsungen, zur Bildung von Strängen etc. führen; hierin ist die grosse Geneigtheit zu Recidiven und auch der Umstand begründet, dass Leute, welche scheinbar vollständig geheilt aus diesem Leiden hervorgegangen sind, nach ganz unbestimmter Zeit hinterher einer plötzlichen Darm-Einklemmung verfallen. Grössere Mengen serösen Exsudats schliessen die Heilung nicht aus, wenn sie auch gewöhnlich nur langsam erfolgt, und inzwischen der Kranke manche Beschwerlichkeiten zu ertragen hat.

b) Die unvollständige ist häufiger und erfolgt da, wo grössere Exsudatmengen (plastische) abgelagert, und diese durch die weiteren Metamorphosen bleibende Störungen der Verdauung, der Darmbewegung setzen, oder wo nach einem längeren schwankenden Verlaufe mit dem Aufhören der eigentlichen Entzündungssymptome der Kranke einer bleibenden Kränklichkeit ausgesetzt, entweder früher unter den Erscheinungen der Eiterbildung oder später unter dem Bilde der Tuberculose dem Tode zugeführt wird.

Was man von secundärer Abscessbildung, von chronischer Peritonitis und folgender Tuberculose des Peritoneums sagen kann, lässt sich hier zusammenfassen, weil es in allen diesen Fällen kein bestimmtes Bestehen der Symptome, kein constantes Folgen der Zufälle gibt.

Einmal bleiben nach dem Aufhören des acuten Prozesses und nach gefolgter Erhohlung des Körpers periodische Schmerzen, periodische Hindernisse in der Darmfunction; — neue Entzündungen treten hinzu, und jetzt erst gestaltet sich das Exsudat als tuberculöses.

Umschriebene Exsudate werden bei schon wieder erlangten höheren Graden von Gesundheit längere Zeit herumgetragen; — und erst später, unerwartet kommt es gewöhnlich unter den Erscheinungen neu hinzutretender Entzündung zum Durchbruche des Eiters nach Aussen etc.

In anderen Fällen endlich lassen die Krankheitssymptome wohl nach, auch kommt es zu scheinbaren Krisen, selbst die Abnahme und das Verschwinden des flüssigen Antheiles lässt sich physikalisch nachweisen, aber es stellt sich keine Zunahme des Kranken, keine freie Thätigkeit des Darmes ein; Verstopfung ist anhaltend oder wechselt mit Diarrhoe; der Kranke verträgt weder Speise noch Getränk wie sonst; Erbrechen, Kolik stellen sich zeitweise ein, selbst anhaltende Schmerzen von einiger Tage Dauer sind nicht ungewöhnlich; endlich magert der Kranke sichtlich ab, fiebert wieder, oder wird von typi-

schen Fieberanfällen (manchmal mit Frost) heimgesucht, schwitzt viel und wird ganz kraftlos. In der Folge kommt es zu Oedem der Füsse, auch zur Verstopfung der Venen oder zu neuen hydropischen Ergiessungen in die Bauchhöhle und zu nicht zu stillenden Diarrhoen, auch zu secundären (tuberculösen) Ablagerungen in anderen Organen. Diess ist das Bild der unmittelbar fortgesetzten Bauchfelltuberculose, welches in den meisten Fällen noch durch stellenweise gedämpften Percussionsschall an der vorderen Bauchwand und das Durchfühlen resistenterer unebener Stellen oder des strangartig entarteten Netzes in dem bald ausgedehnten und gespannten, bald eingefallenen Bauche vervollständiget wird.

2. Hydrops ohne Tuberculose des Exsudates kann die Folge sein nach stärkerer Erschöpfung des Blutes durch die Exsudation oder bei mehr schwächlichen Leuten. Gewöhnlich ist es Oedem der Füsse, schlechtes Aussehen etc. — und der Therapie leicht zugängig.

3. Häufig ist der Ausgang in den Tod, derselbe erfolgt entweder im Steigen des Prozesses, seltener rasch als unter den Zeichen des sich bildenden Lungenödems; oder er wird wohl später, aber doch frühzeitig durch die Folgezustände bedingt.

Complicationen.

Die im Verlaufe der mehr reinen Formen von Bauchfell-Entzündung vorkommenden Complicationen gehen ebenso in das Mannigfache, wie diess bei den ätiologischen Verhältnissen der Fall ist.

Von Seite des entzündeten Bauchfelles und der Metamorphosen des Exsudats können die verschiedenen anliegenden Weichtheile und Organe mit in den Prozess gezogen werden, und es können theils materielle, in diesen sich weiter fortbildende Krankheiten oder Functionsstörungen derselben durch Verengerung, Schrumpfung etc. gesetzt werden, wie diess bereits bei dem Verlaufe und den Folgezuständen dieses Leidens angegeben wurde.

Aehnlichkeit.

Für die Therapie ist es wichtig, die mehr reinen Formen dieses Leidens gleich im Anfange zu erkennen, und sie von den verschiedenen mehr nervösen Formen: Cardialgia, Kolik, Uterus-Schmerzen (besonders zur Zeit der eintretenden Menstruation), Schmerzen durch Gallensteine etc. zu unterscheiden; weil bei Peritonitis eine gleich am Anfange eingeleitete antiphlogistische Behandlung die besten Resultate liefert, und diese anderer Seits bei den genannten Leiden eher schaden kann und häufig genug schadet, so wie umge-

kehrt nichts den peritonealen Prozess so rasch zur grösseren Ausbreitung bringen kann, als wenn die durch denselben bedingten Schmerzen für eine der verschiedenen Arten von Kolik, besonders für Menstrualkolik oder Mutterkrämpfe gehalten, und mit aromatischen stimulirenden Mitteln (den so üblichen Zimmttropfen) behandelt werden.

Für die rein ohne materieller Basis sich gestaltenden Anfälle von Magen-, Darm- und Uterus Schmerzen spricht nebst der Anamnese (ob solche Anfälle schon dagewesen, und was zunächst die Ursache des letzten eben bestehenden Schmerzes ist, vielleicht die Zeit der eintretenden Menstruen etc.), auch der Mangel des Fiebers, der Mangel des entzündlichen durch leise Berührung und Bewegung des Kranken zu steigernden Schmerzes und die Beschaffenheit des Harnes (der hier viel, wasserhell und specifisch leichter gelassen wird). Unterstützt wird die Diagnose noch dadurch, dass bei nervösen Formen die sympathischen Erscheinungen, wenn auch nach dem verschiedenen Sitze derselben verschieden, doch gewöhnlich hochgradiger sind, als es dem Umfange der sonst möglichen Peritonitis entsprechen würde.

Die Verwechslung mit den Schmerzen bei Gallensteinen, Nierensteinen etc. ist für die Therapie minder wichtig, auch ist hier die Diagnose nicht immer leicht zu machen; weil beide Zustände nebeneinander bestehen, und Peritonitis zu diesen Leiden sehr leicht hinzutreten kann, und auch wirklich hinzutritt.

Eben so leicht ist die Verwechslung mit den Entzündungen der Muskel und mit den, dem Herpes Zoster vorausgehenden neuralgischen Leiden im Umfange des Unterleibes; es hat aber diese Verwechslung, wenn man nicht auf die blossen Schmerzen hin gleich eine allzustarke Antiphlogose einleitet, keine weiteren nachtheiligen Folgen.

Reiner Ascites, wie er ohne anderen Hydrops bei Krankheiten der Leber und Pfortader vorkömmt, kann für Peritonitis, und diese dann für Ascites gehalten werden, wenn sich dieselbe nebst Oedem der Füsse im Laufe des Morbus Brightii ausbildet, oder wenn nach längerem Bestehen des peritonealen Exsudats sich Tuberculose im Exsudate, Oedem der Füsse (consecutiver Hydrops) ausbildet. In diesen Fällen ist die genaue Anamnese und die Art, wie die Erscheinungen im Unterleibe zu Stande kamen und sich weiter ausgebildet haben, manchmal auch die physikalische Untersuchung des Bauches (wo sich festere Stellen, das strangartige Netz finden können) massgebend.

Die Prognose ist bei reinen Formen, sobald sie nur irgend heftiger erscheinen, ungünstig; theils ist die Gefährlichkeit pro momento sehr gross; theils sind es diese Fälle, die selten ohne einer der angeführten Nachkrankheiten verlaufen.

Nur reine locale Prozesse sind es, welche dann eine günstigere Prognose zulassen, wenn sie nicht lange noch bestehen, ihr Sitz kein wichtiger ist, und auch durch das Aussehen etc. des Kranken kein Verdacht auf constitutionelles verborgenes Leiden gegeben ist.

Welche Momente von Seite der Ausbreitung des Sitzes und der ätiologischen Verhältnisse die Prognose ungünstig (und diess im verschiedenen Grade) machen, ergibt sich aus der obigen Darstellung.

Therapie.

Das strenge Regime, welches hier nothwendig ist, wird gewöhnlich ohne Zuthun des Arztes von Seite des Kranken bei höheren Graden des Leidens beobachtet; nur hat der Arzt hiefür auch bei noch leichteren Graden und umschriebenen Formen Sorge zu tragen, weil die Grenzen des Leidens nie im Vorhinein bezeichnet, und durch schlechtes Verhalten immer gesteigert werden können.

Das viele Untersuchen, Bestimmenwollen der Grenzen oder der Menge des schon gesetzten Exsudats ist hier ganz am unrechten Platze — häufiger von Nachtheil, wie von irgend welchen Nutzen.

Der medicamentöse Eingriff muss da, wo der Prozess als selbstständiger erscheint, gleich im Anfange ein grösserer sein, und es darf dessen Ausführung nie verschoben werden.

Manchmal ist bei starkem Fieber und noch nicht sehr verbreiteter Peritonitis ein Aderlass entscheidend. In der Regel (bei verhältnissmässig starkem Fieber) genügen Blutegel in gehöriger Anzahl (10—20 und mehr), deren Wiederhohlung im Falle der Nothwendigkeit auch nie weit hinaus (6—13 Stunden) zu verschieben ist.

Gut gemachte, nicht drückende Cataplasmen oder erregende Umschläge (nicht zu schwer und zu straff angezogen) sind gleich nach der Application der Blutegel anzuwenden.

Calomel (einige grössere Gaben) oder Ricinusöl, oder beide abwechselnd sind im Anfange des Leidens nicht zu versäumen, sobald Stuhlverstopfung zugegen ist.

Ist die erste für dieses Eingreifen günstige Zeit versäumt, oder bilden sich trotzdem höhere Grade aus, so kann wohl noch mit Blutegeln, den Umschlägen, warmen Bädern (deren Anwendung nur selten, und erst später beim Nachlasse der heftigen Schmerzen gestattet ist) ferner mit kleineren Gaben Calomels und mit Mercurial-Einrei-

bungen in einzelnen Fällen ein guter Erfolg erzielt werden; eine strenge Anzeige hat man aber nicht dafür; und es lässt sich bei einem rein exspectativen Verfahren oder bei der Anwendung des schmerzstillenden Morphiums und Opiums (welch Letzteres in grösseren Gaben gegeben günstige Erfolge aufzuweisen hat) dasselbe Resultat erwarten.

Symptomatisch wird das Erbrechen und das Schluchzen am besten durch Eispillen oder durch geringe Mengen Eiswassers und Gefrornes beschwichtiget, und es ist bei deren Bestande das Opium dem Morphium vorzuziehen.

Die Behandlung der Folgezustände, des tuberculosirenden Exsudats etc. ist bereits am anderen Orte angegeben, und sie ist mit geringen, selbstverständlichen Modificationen auch hier dieselbe.

II. Miliartuberculose des Bauchfells

ist a) Theilerscheinung einer acuten Miliartuberculose, welche gleichzeitig andere seröse Häute oder die Lungen etc. betrifft; von dieser war schon wiederholt die Rede;

b) oder sie kommt in Begleitung der Tuberculose nahe gelegener Organe, des Darmes, der Harn- vorzüglich aber der Geschlechtsorgane vor; und verläuft hier unter dem Bilde der verschiedenen Grade von Peritonitis oder Ascites.

c) Das wichtigste Vorkommen von Miliartuberculose des Bauchfells ist aber jenes, wo dieselbe selbstständig auftritt (ohne Tuberculose der Lungen etc.), lange so besteht, die höchsten Grade von Marasmus erzeugt, und entweder ohne weitere Organ-Ablagerung den Tod herbeiführt, oder letztere erst gegen das Ende des Lebens eingeleitet wird. Diese Tuberculose ist wohl sehr selten; und gewöhnlich ist auch die Pleura oder der Herzbeutel secundär dabei betheiligt, der hauptsächliche Sitz der Tuberkel-Ablagerung ist das Bauchfell und vorzugsweise das Visceralblatt desselben.

Gewöhnlich sind gleichzeitig andere Exsudate im Peritonealsacke, die unter dem Bilde stärkerer Hyperämien verlaufen und Verwachsungen, Verdickungen setzen; gewöhnlich ist auch das Netz so wie beim tuberculosirenden Exsudate verändert; und es besteht nebst den Tuberkeln etc. auch flüssige (hydropische) Ansammlung im Bauche.

Diese Tuberculose verläuft unter dem täuschenden Bilde einer öfter recidivirten Peritonitis mit folgender Tuberculose; oder wo sie gleich vom Anfange chronisch zu Stande kommt, tritt sie unter dem Bilde von Ascites auf (ohne Fieber, ohne Schmerz), und es gesellen

sich die Symptome der Tuberculose (Abmagerung, Schwäche etc.) rasch hinzu.

Auch sah ich diese Tuberculose ohne allem weiteren Exsudate in der Bauchhöhle, ohne den Symptomen heftiger Hyperämie (bloss Anfälle von Kolik) und ohne secundärer Flüssigkeits-Ausscheidung m Unterleibe, mit abwechselnder Stuhlverstopfung und heftigeren Diarrhoen durch mehrere Monate hindurch verlaufen, und zuletzt nach vorgängigem Oedem der Füsse durch den höchsten Grad der Abmagerung und Schwäche tödtlich endigen; und es war in diesem Falle, der ein älteres, sehr dürftigen Verhältnissen Preis gegebenes Weib betraf, keine Ablagerung in die Lungen oder in sonstige Organe nachweisbar.

Die Therapie in allen diesen Fällen ist eine symptomatische, oder man wird bei dem mehr täuschenden Auftreten derselben unter dem Bilde von Peritonitis oder Hydrops-Ascites zu einem antiphlogistischen, oder dem sogenannten diuretischen Verfahren verleitet; immer aber nur erfolglos und meistens geradezu nachtheilig eingreifen.

Krebs des Bauchfelles ist gewöhnlich ein secundärer. Die Ablagerung desselben geht unter geringeren oder stärkeren Entzündungs-Symptomen vor sich. Die Diagnose wird aus dem constitutionellen Verhalten des Kranken, und nach Umständen aus dem Sitze etc. der primitiven Krebsablagerung gemacht.

III. Luftansammlung in der Höhle des Bauchfells. Tympanites abdominalis seu peritonei.

Entsteht am häufigsten durch die verschiedenen Durchbohrungen des Magens und der Gedärme bei den geschwürigen, gangränösen etc. Prozessen derselben; sehr selten nur bei Gasentwicklung in jauchigen Exsudaten des Bauchfells. Endlich auch bei Verletzungen der Bauchwand (Chirurgie).

Die Symptome derselben sind: eine gleichmässige Spannung des Unterleibes ohne Unebenheiten und Wülste, deren grösste Wölbung in der Rückenlage des Kranken auf das Epigastrium fällt. Die Spannung der Bauchwand ist sehr gross, dieselbe participirt an den Athmungsbewegungen nicht, und die Gestalt des Bauches wird bei Lageveränderungen nicht auffallend verändert. Der Percussionsschall ist überall fast gleichmässig voll, und bei nicht zu grosser Spannung der Bauchwand auch tympanitisch; oder der volle Schall reicht über die normalen Grenzen, zunächst über die Stelle weg, wo sonst der

dumpfe Leberton gehört wird. Die Bauchwand ist gegen die Berührung sehr empfindlich (wegen Ausbildung der Peritonitis), und bald früher oder später kommt es zum Nachweis des flüssigen Peritoneal-Exsudats. Stuhl- und Harnentleerung bieten nichts Constantes, ausser dass sich auch beim Abgange häufigerer Flatus die Auftreibung nicht vermindert.

Dass sich die Symptome theilweise anders verhalten, wenn sich Gase aus schon vorhandenem Exsudate ausbilden, braucht nicht erst angegeben zu werden.

Der Luftaustritt in früher schon (durch Exsudat, Verwachsung) gebildete Höhlen des Bauchfelles ermangelt gewöhnlich jedes sicheren physikalischen Nachweises.

Von den eben für freie Tympanites abdominalis angegebenen Zeichen wird als das sicherste zur Unterscheidung von Tympanites intestinalis die Verdrängung der Leber von der Rippenwand angeführt; doch ist auch bei Typhus manchmal ein hoher Grad von Meteorismus zu sehen, wo durch die vorgelagerten aufgeblähten Darmschlingen die Leber so verdrängt wird, dass der volle (oder tympanitische) Darmton gerade in den vollen Ton der Lunge übergeht, was bei kleiner Leber um so eher geschehen kann. Es ist darum manchmal auf das plötzliche Entstehen der Auftreibung des Bauches und immer auf die rasche Ausbildung einer hochgradigen Peritonitis (Schmerzhaftigkeit) dieselbe Rücksicht zu nehmen.

Die Störungen, welche durch solche Luftansammlungen secundär durch Druck auf das Zwerchfell, den Darm, die Blase. etc. hervorgebracht werden, sind zunächst nach dem Grade derselben verschieden, und im Allgemeinen hochgradiger als bei Tympanites intestinalis, auch rascher eintretend wie bei dieser, sonst aber dieselben.

Die Behandlung der Tympanites abdominis aus den oben angeführten ätiologischen Verhältnissen besteht in Eisumschlägen und in der den Schmerz lindernden Darreichung von Morphium. Man wird in hochgradigen Fällen mit der Punction nicht schaden, aber auch nicht nützen.

In den Retroperitoneal-Drüsen kommt auch tuberculöse und krebsige Ablagerung vor, die um Verwechslungen mit anderen Geschwülsten im Unterleibe vorzubeugen, hier nach Rombergers Darstellung (und häufigerer Beobachtung) in Kürze angeführt werden sollen.

Die Tuberculose der Retroperitoneal-Drüsen ist

eine häufige Erscheinung, und combinirt sich am häufigsten mit Tuberculose der Wirbelknochen, der Genital- und Harnorgane, des Darmes etc. Die infiltrirten Drüsen stellen Massen von verschiedenem Umfange dar, und wenn sie in Erweichung übergehen, so bilden sie grössere oder kleinere um die Wirbelsäule gelagerte Abscessherde.

Die Erkenntniss ist bei einiger Grösse der Geschwülste nicht schwer; man fühlt bei tieferem Eindringen eine mehr oder weniger grosse, grosshügeliche oder unebene Geschwulst, die von vornher von den Darmschlingen bedeckt zugleich unbeweglich ist, und sich bis gegen die Wirbelsäule verfolgen lässt.

Die sichere Diagnose wird aus der bestehenden Tuberculose in anderen Organen gemacht.

Verlauf und Ausgänge sind verschieden, und wir verweisen auf das hierüber im Allgemeinen bei Tuberculose Gesagte.

Wichtiger ist der Krebs der Retroperitoneal-Drüsen, theils weil er auch primär auftreten, und theils weil er zu wichtigen Erscheinungen im Leben führen kann.

Die physikalischen Charaktere sind ganz dieselben wie oben bei der Tuberculose dieser Drüsen angegeben wurde; man fühlt nemlich eine im hohen Grade harte, meist unebene und knollige, nicht verschiebbare Geschwulst, die sich bis in die Nähe der Wirbelsäule verfolgen lässt, wo sie aufsitzt, und deren andere Fläche meist ganz oder zum Theil von Darmschlingen bedeckt ist. Von tuberculösen Massen unterscheiden sie sich nur durch den Nachweis der speziellen Dyscrasie, durch ihre meist viel bedeutendere Grösse und besonders durch ihr rasches Wachsthum.

Als Unterscheidungsmerkmale von Geschwülsten der Mesenterial-Drüsen des Magens, Darms, der Leber und Milz dient immer der Umstand, dass sie vollkommen unbeweglich sind, sich bis gegen die Wirbelsäule verfolgen lassen, und stets von Darmschlingen bedeckt sind, wesshalb sie auch erst beim tiefern Eindrücken des Plessimeters einen dumpfen Schall geben. Eine Verwechslung ist fast nur mit Nierengeschwülsten möglich, welche dieselben physikalischen Charaktere zeigen, doch leiten hier manchmal die anamnestischen Momente und die Untersuchung des Harnes.

Wichtige Erscheinungen entstehen nicht nur durch das Uebergreifen des Krebses auf die Nachbarorgane, besonders Magen, Leber, Darm und Bauchfell, sondern auch durch Druck der Geschwulst, so: Dyspnoe, hartnäckige Stuhlverstopfung, Oedem der Füsse, ischiadische Schmerzen etc. etc.

Es scheint nicht, dass diese Aftermassen, wenn sie nicht etwa den Darmtractus perforiren, jemals in Erweichung und Verjauchung übergehen. Ueber Verlauf und Ausgang vide Krebs-Cachexie.

F. Krankheiten der Leber.

I. Hyperämie der Leber.

Ist entweder eine mehr gleichförmige oder ungleichförmige, welche zweite man als Muscatnussleber bezeichnet, wegen der Aehnlichkeit mit dem Durchschnitte einer Muscatnuss.

Bei der gleichmässigen Hyperämie ist die Schnittfläche gleichmässig, mehr weniger dunkel gefärbt, der Blutreichthum vermehrt, manchmal das Volumen des Organs bedeutend vergrössert und das Parenchym etwas gelockert.

Bei der Muscatnussleber finden sich auf der Schnittfläche dunkelrothe Stellen mit blassrothen abwechseln und zwar derart, dass entweder die Peripherie der Leberacini heller und ihr Centrum dunkler, oder umgekehrt dieses heller und jene dunkler erscheint.

Die Muscatnussleber ist häufig Leichensymptom, und es kann das gestreifte, punctirte Aussehen auch durch grösseren Fettgehalt der Leberzellen bedingt sein. In anderen Fällen liegt diesem Aussehen Hyperämie des Organes zu Grunde, und eine solche Leber erscheint gewöhnlich vergrössert, sowohl im Dicken- als im Längendurchmesser; die Ränder sind dick, und so wie die Flächen glatt.

Symptome und Verlauf.

Leberhyperämien sind eine sehr häufige Erscheinung bei den verschiedensten kranken und gesunden Zuständen des Körpers und der Leber; und es werden nicht allein geringere, sondern auch höhere Grade kürzer und länger ohne allen Symptomen getragen, oder sie erzeugen bloss das Gefühl von Schwere und Druck in der Lebergegend mit oder ohne gastrischen Zeichen.

Höhere Grade treten dem ohngeachtet häufig mehr selbstständig hervor, besonders dann, wenn sie sich rasch ausbilden; in diesen Fällen ist eine gleichmässige Vergrösserung der ganzen Leber, die selbst beträchtlich sein kann, und eine Vermehrung der Consi

stenz derselben durch physikalische Untersuchung nachweisbar; der Kranke bekommt ein leicht icterisches Aussehen, oft ist nur die Conjunctiva schmutzig gelblich gefärbt; er klagt über Druck und Schwere im rechten Hypochondrium und Epigastrium, und es werden diese Gefühle durch äusseren Druck (bei der Untersuchung, durch eng anliegende Kleider, nach der Mahlzeit) gesteigert; oft wird die Lage in der linken Seite oder die horizontale Lage überhaupt nicht vertragen. Gastrische Symptome: belegte Zunge, Appetitmangel etc. können zugegen sein oder fehlen; Stuhlverstopfung begleitet gewöhnlich die höheren Grade, gleichviel ob sie rasch oder langsam zu Stande kommen. Geringe, auch grössere Mengen Gallenfarbstoff finden sich im Harne.

Bei der chronisch bestehenden kann eine selbstständige, oder eine den andern allenfalls vorhandenen Hydrops (z. B. der untern Extremitäten) überwiegende Ausbildung von Ascites zu Stande kommen.

Der Verlauf ist manchmal sehr acut, d. h. die Hyperämie selbst höheren Grades geht oft unglaublich rasch zurück (active Hyperämie), oder sie besteht als solche fort, und es bleibt hiebei der Zustand der Leber unverändert; oder es kommt zur Cirrhose der Leber, zur Ablagerung von Krebs, wo sie dann hier bloss diesen an deren Ablagerungen vorausging. Auch chronische Hyperämie ist eines auffallenden Wechsels ihres Grades (Steigens und Fallens) fähig.

Aetiologie.

Zunächst und am häufigsten kommen die höheren Grade der Leber-Hyperämie bei mechanischer Stasis in Folge von Herz- und Lungenkrankheiten oder im Verlaufe der Intermittens, in Wechselfiebergegenden und im südlichen Clima aber auch ohne Intermittens vor; oder sie sind die Vorläufer der Cirrhose, der Krebsablagerung in die Leber; auch entstehen die acuten Formen nach traumatischen Einwirkungen; und es lassen sich höhere Grade des raschen Zustandekommens, unter den eben angegebenen Umständen oft genug auf eine weitere directe Veranlassung: Indigestion, Verkühlung, Stopfung zurückführen.

Therapie.

Bei den acut und hochgradig zu Stande kommenden ist die Therapie eine streng antiphlogistische: Blutegel (in die Aftergegend), Abführmittel, und nach Umständen (dem Grade der Schmerzhaftigkeit und dessen Verhalten in ruhiger horizontaler Lage oder aufrechter Stellung) Ruhe des Kranken und feuchtwarme Umschläge, oder

nicht angestrengtes Herumgehen mit Vermeidung eng anliegender Kleider. In beiden Fällen ist die Kost anfangs beschränkt.

Häufig wird die Hyperämie nicht plötzlich beseitigt, und da müssen, so wie in den Fällen, wo dieselbe chronisch zu Stande kommt, und als solche unterhalten wird, salinische Abführmittel: saure schwefelsaure Magnesia, Glaubersalz, Karlsbader Salz (allein oder mit Marienbader Kreuzbrunnen), Saidschützer Wasser etc. längere Zeit, oder zeitweise mit längeren oder kürzeren Intervallen gebraucht werden, auch der Gebrauch von Rheum, Chelidonium, Calomel in Pillenform eignet sich gut zum längeren Gebrauche.

Bei Fortdauer des dumpfen Schmerzes werden äusserlich Vesicantien auf die Lebergegend angerathen, ich sah hiebei sehr gute Wirkung von Chloroform und Oel gemischt in die genannte Gegend eingerieben, so auch vom Gebrauche lauer oder Seifenbäder.

Die Diät und das Regime ist in diesen Fällen immer zu regeln, und den speziellen Verhältnissen anzupassen; die erstere sei mehr leicht verdaulich (Gemüse, Obst), nicht viel, ohne Gewürz, ohne geistigen Zusatz; und mässige Bewegung ist immer vortheilhaft.

II. Perihepatitis, Hepatitis velamentosa.

Ist eigentlich eine locale Peritonitis, deren Sitz der seröse Ueberzug der Leber ist. Sie entsteht am häufigsten im Gefolge der Erkrankungen des Leberparenchyms oder als Theilerscheinung einer allgemeinen Peritonitis; doch kommt sie auch für sich abgesondert, zunächst als Folge traumatischer Einwirkungen, aber auch nach Verkühlungen und zwar allein oder mit gleichzeitigem Catarrh des Magens und der Gallengänge vor. Neben Intermittens wird sie in Fiebergegenden nicht selten gesehen.

Ihre Zeichen sind die der Peritonitis, auf die Gegend der Leber beschränkt, und gewöhnlich etwas darüber ausstrahlend, welche vom stärkeren Fieber begleitet sind. Anfangs ist gallichtes Erbrechen eine häufige Erscheinung; gastrische und icterische Symptome gesellen sich im Verlaufe hinzu, und es erreichen die letzteren nicht selten eine sehr hohe Ausbildung; sympathischer Schmerz in den Schultern (besonders in der rechten) wird auch als bezeichnend angegeben.

Der Verlauf ist gewöhnlich acut, kann sich aber auch chronisch gestalten, wie diess die mehr selbstständigen Verwachsungen und Verdickungen der Leberkapsel in den Leichen beweisen.

Die Therapie ist Anfangs streng antiphlogistisch; junge ple-

thorische Individuen erfordern bei höheren Graden des Fiebers manchmal selbst eine allgemeine Blutentziehung. Blutegel auf die Lebergegend, Umschläge und Calomel (allein oder abwechselnd mit Oleum Ricini) machen nebst einem strengen Regime die gewöhnlich erfolgreiche Therapie aus.

Bei gleichzeitiger Intermittens ist Chinin zu geben; und nach gebrochener Heftigkeit der Entzündung sind Mercurial-Einreibungen, so wie Ableitungen auf die Haut durch scharfe Salben oder Vesicantien hier vom entschiedenen Nutzen, und können bei Gelegenheit durch warme Bäder sehr gut unterstützt werden.

III. Umschriebene parenchymatöse Entzündung der Leber. Hepatitis parenchymatosa, Leber-Abscess.

Kommt häufiger im rechten Lappen vor. Der Eiterung geht Hyperämie voraus, und es beginnt die Eiterbildung an allen einzelnen Acinis, die im Bereiche der hyperämirten Stelle gelagert sind; durch das Zusammenfliessen der einzelnen Eiterpunkte entstehen kleinere Herde, und so fort bis zur Bildung oft beträchtlich grosser Abscesse, die dann gewöhnlich vereinzelt gefunden werden; während kleinere auch in grösserer Anzahl vorhanden sein können.

Der frische Leber-Abscess hat unebene, zottige Wandungen, seine nächste Umgebung ist erweicht etc.; bei älteren Abscessen kommt es zur Eindickung des Inhaltes, zur glatten zelligen Auskleidung der Wandungen etc. — Nebst dem Eiter findet sich Galle in den Abscessen.

Diese Eiterherde gelangen bis zur Oberfläche und bohren die Leberkapsel durch, ergiessen sich in die Bauchhöhle oder, weil häufiger durch vorgängige adhäsive Entzündung die Kapsel angewachsen ist, so erfolgt der Erguss auch häufiger nach Aussen durch die Bauchwand oder den Magen, den Darm oder in die Brutshöhle etc.

Aetiologie.

Ist eine seltene Krankheitsform, entsteht manchmal in Folge traumatischer Einwirkungen, oder secundär bei Gallensteinen oder Pyämie etc. — In heissen Gegenden ist Leber-Abscess häufiger im Verlaufe der Dysenterie zu beobachten.

Das Krankheitsbild und der Verlauf sind sehr verschieden.

Auf secundäres Vorkommen bei Pyämie kann man schliessen, wenn nebst den Ursachen und den Zeichen dieser letzteren (Anfälle

von Schüttelfrost und Fieber) entzündliche Schmerzhaftigkeit der Lebergegend und icterische Erscheinungen im höheren Grade zur Ausbildung kommen. Die Diagnose ist aber durchaus nicht sicher und könnte nur durch raschere Volumszunahme der Leber wesentlich gestützt werden. Der weitere Verlauf ist der der Pyämie.

Auch ist man an die der Pyämie angehörigen Symptome gewiesen, will man bei dem Bestande von Gallensteinen die Ausbildung von Abscessen vermuthen.

Die Bildung des Abscesses nach anderen Ursachen kann rascher und langsamer zu Stande kommen, die Symptome desselben können sich unmittelbar an die Wirkung der Ursache anschliessen, oder bei dessen tieferer Lage und langsamer Ausbildung erst dann zur Beobachtung kommen, wenn der Abscess gegen die Peripherie vordringt; Icterus kann zugegen sein und zwar in höheren Graden, aber auch fehlen etc.

Bei mehr rascherem Verlaufe geschieht die Abscessbildung unter der Form von Fieber mit leicht icterischen (auch typhösen) Symptomen und unter Schwellung und andauernder Schmerzhaftigkeit der Leber, welcher sich zuletzt pyämische Fieberanfälle und Abmagerung hinzugesellen. Die Diagnose ist ausser Zweifel, wenn gleichzeitig der Abscess oberflächlich gelagert ist und gefühlt werden kann.

Bei langsamer zu Stande kommenden Abscessen, die eben so gut spurlos getragen, als mit den Zeichen von Leberhyperämie, Entzündung der Kapsel etc. einhergehen können, kann nur dann von bestimmter Diagnose die Rede sein, wenn der Abscess oberflächlich und so zu liegen kömmt, dass er durch die Bauchwand gefühlt werden kann, — und es müssen hier die anamnestischen und Constitutions-Momente des Kranken erwogen werden, so wie durch eine genaue locale Untersuchung erst immer dieser Abscess von solchen der Bauchwand, von interperitonealen Eitersammlungen und vom Echinococcussacke unterschieden werden muss.

Die der sicheren Diagnose am meisten zugängigen Fälle sind die, wo unmittelbar an die traumatische Einwirkung sich die Symptome der Leberentzündung anschliessen, hierauf Eiterungsfieber und der physikalisch nachweisbare Abscess folgen.

Die Darstellung des weiteren Verlaufes dieser mehr selbstständigen Abscesse gehört in die Chirurgie, so auch ihre Behandlung.

Bei den durch Pyämie zu Stande kommenden ist die Behandlung von der anderer pyämischer Zustände in Nichts verschieden.

Zu den umschriebenen Leberentzündungen wird noch eine zweite gerechnet, die sogenannte syphilitische, welche vorzugsweise die Tendenz zur Obsoles-

cenz und Narbenbildung hat. Dittrich machte zuerst auf dieselbe aufmerksam, und es sollen jetzt alle die narbigen und knotigen Stellen der Leber, die früher als obsolete Abscesse, als geheilte Krebsknoten etc. aufgefasst wurden, hieher gerechnet werden.

Solche umschriebene knotige, eiterige und narbige Herde kommen nach Dittrich bei secundärer und tertiärer Syphilis vor, und es sollen sich bei grösserer Ausbreitung derselben nach ihm die weiteren Folgezustände wie bei Leber-Cirrhose ausbilden können, weil gleich wie hier, so auch dort Verengerung und Obliteration des Pfortadersystems gesetzt wird.

Nach Bamberger wären die sichersten Zeichen für diese Form: unebene knollige oder leistige für die Palpation deutlich wahrnehmbare Hervorragungen der Leberoberfläche, die durch das zwischen den Einziehungen befindliche, hervorragende normale Lebergewebe entstehen; wenn gleichzeitig mit dieser Beschaffenheit der Leberoberfläche die Erscheinungen der secundären Syphilis, namentlich Narben im Pharynx vorzufinden sind.

Was die Therapie solcher Knoten etc. bei Syphilitischen (wenn man sie vorfindet) anbelangt, so werden die Indicationen bei Behandlung der Syphilis dadurch nicht modifizirt, und es gelten auch hier die bereits im 1. Bande angegebenen Anzeigen.

IV. Acute Atrophie der Leber; gelbe Atrophie, Erweichung der Leber. Icterus typhoides.

Ein seinem Wesen nach nicht gekannter (wird auf Zersetzung der Galle, auf die Zersetzung von Leucin und Tyrosin, auf die Verstopfung der feinsten Gallengänge durch fettig entartetes Epithelium derselben, auf eine dünne, seröse Exsudation, in welcher sich die Leberzellen auflösen etc. zurückgeführt,) Prozess, welcher einen raschen Schwund des Leberparenchyms darstellt.

Die Leber verliert bedeutend an ihrem Volumen, wird weich und leicht zerreisslich, die Farbe ist gelblichbraun. Die schlaffe Kapsel ist gerunzelt, die körnige Beschaffenheit des Parenchyms geht verloren. Die Leberzellen sind sämmtlich in eine feinkörnige Massa aufgelöst. In den betreffenden Leichen tritt rasch die Fäulniss ein; das Blut in denselben ist dünn und schmutzig gefärbt.

Die Krankheit verläuft unter dem Bilde eines typhösen Zustandes, mit starkem Icterus und grösserer oder geringerer Schmerzhaftigkeit der Lebergegend; zugleich ist die schnelle Volums-Abnahme der Leber plessimetrisch nachzuweisen.

Der Verlauf ist acut, binnen 2—4 Tagen vollendet; der Ausgang immer ein lethaler.

Die Ursachen sind nicht bekannt. Kranke, die schon längere Zeit an Icterus leiden, oder Gesunde, so wie anders Kranke (Syphi-

litische, Tuberculöse etc.) sollen davon befallen werden können. Als Gelegenheitsursachen werden Excesse, Missbrauch der Spirituosa, Gemüthsaffecte etc. beschuldigt.

Ich sah sie ein paarmal bei sonst kräftigen Soldaten nach längerer Dauer des gewöhnlichen Icterus ohne weiterer Veranlassung entstehen, und in ein paar Tagen tödtlich verlaufen.

Um Verwechslungen vorzubeugen muss aufmerksam gemacht werden, dass auch Typhus, Pneumonie, Pleuritis mit icterischen Erscheinungen und Schmerz der Lebergegend verlaufen können; dass die Schmerzhaftigkeit in der Lebergegend bei acuter Atrophie nicht immer hochgradig ist, dagegen diese und der Icterus in den Gallenfiebern einen höheren Grad erreichen. Die Hauptsache bleibt es immer die gleichzeitige Abnahme des Lebervolums plessimetrisch nachzuweisen; und es hat diese Diagnose auch da ihre Schwierigkeiten, wenn Gallenfieber mit starken Meteorismus verlaufen, und die Anfangs schmerzhafte Leber von der Oberfläche verdrängt, der genauen Untersuchung entzogen wird. (Gilt vorzüglich für Fiebergegenden zur Zeit herrschender Epidemien.)

Die Therapie beschränkt sich auf strengeres Regime und Vermeidung aller Schädlichkeiten im Verlaufe des einfachen Icterus.

Bei schon ausgesprochener acuter Atrophie wird symptomatisch mit Kälte und Säuren vorgegangen.

V. Die interstitielle Leber-Entzündung, Granulirte Leber, Leber-Cirrhose, Verhärtung der Leber, Schuhzweckenleber, Scirrhus, Cirrhosis, Induratio hepatis.

Besteht in einer Bindegewebs-Neubildung, welche an den Verlauf der Glisson'schen Kapsel gebunden ist, und mit gleichzeitiger Fettdegeneration und Schwund des Lebergewebes einhergeht. Durch letztere und durch die Schrumpfung des Bindegewebes wird die Leber verkleinert, atrophirt, wenn auch Anfangs die Bindegewebsbildung mit normalen, selbst grösseren Volumen der Leber einhergehen kann.

In ihrer höchsten Ausbildung zeigt die Cirrhose der Leber folgende Charactere: Die Leber hat an Volumen bedeutend abgenommen, und ist selbst nur auf den rechten Lappen, der eine kugelige Form zeigt, reducirt; der linke Lappen ist hiebei bis auf einen platten zellig-fibrösen Anhang geschwunden, ebenso die Ränder, von welchen der Schwund in der Regel ausgeht. Die Oberfläche der Leber

wird durch die sogenannten Lebergranulationen ungleichförmig warzig und drusig. Die Leberkapsel erscheint trübe, stellenweise verdickt, geschrumpft, wie narbig eingezogen. Zugleich ist dieselbe mittelst zelliger Stränge an die Umgebung, besonders an das Zwerchfell angewachsen. Die Leber ist sehr derb, selbst knorpelähnlich hart, schwer oder gar nicht zu brechen und zu schneiden. Auf der Schnittfläche finden sich dieselben Granulationen wie an der Oberfläche, sie stehen mehr vereinzelt oder gedrängt, sind kleiner oder grösser, und gewöhnlich gelblich von Farbe; zwischen ihnen durch zieht das erwähnte Bindegewebe in Form schmutzig-weisser, sehr dichter, zelliger Streifen hin. Blut- und Gallengefässe sind entsprechend dem Grade und der Ausdehnung des Prozesses comprimirt oder obliterirt; endlich hört die Gallenbereitung auf etc.

Aetiologie.

Genau lassen sich die ätiologischen Verhältnisse nicht erschöpfen; — als häufigste Ursache dieser Leberkrankheit wird der Missbrauch geistiger Getränke, vorzüglich des Branntweins allgemein anerkannt (darum ist sie auch häufiger bei Männern und den niedern Ständen). Ferner kömmt sie nach Intermittens und als Folge der mechanischen Stase bei Herzkrankheiten, aber manchmal auch ohne weiter anzugebender Ursache vor.

Sie ist vorzugsweise eine Krankheit des besseren Mannesalters, und kommt vor dem 30 Jahre selten zu Stande.

Krankheitsform.

Diese hat in der ersten Zeit des gewöhnlich nur langsam zu Stande kommenden Prozesses durchaus nichts Bestimmtes und noch weniger etwas Characteristisches.

Es reduzieren sich die Zeichen auf die der Leber-Hyperämie mit oder ohne nachweisbarer Vergrösserung und Consistenz-Zunahme des Organs; und auf die eines chronischen Magencatarrhs (wie er bei Säufern nie fehlt) im verschiedenen Grade; — oder es werden in anderen Fällen gar keine Zeichen für ein vorhandenes Leiden überhaupt zu beobachten sein.

Die Diagnose ist erst bei weiter vorgeschrittener Krankheit mit mehr oder weniger Bestimmtheit möglich, je nachdem die wesentlicheren Folgezustände sich rascher und hochgradiger ausbilden, und die Verkleinerung der Leber ausser allen Zweifel (durch physicalischen Nachweis) gesetzt wird.

Die functionellen Störungen der Verdauung werden im weiteren Verlaufe stärker und bleibend, die Kranken magern ab, werden icte-

risch, und es kömmt zur raschen Bildung von Bauchwassersucht, mit deren Ausbilden der Verfall der Vegetation sich noch rascher gestaltet.

Der Ascites entsteht in Folge des so bedeutend gestörten Pfortader-Kreislaufes, kommt hier ohne weiteren hydropischen Erscheinungen zu Stande, gedeiht rasch zu höheren Graden, und es ist mit dessen Eintreten der sichtliche Verfall der Vegetation erst recht augenfällig. Aus derselben Ursache kommt es zur Ausbildung eines ebenfalls manchmal bedeutenden Milztumors, der sich gewöhnlich schon in der früheren Zeit des Leidens auszubilden beginnt, und weiters keine eigentliche Rückbildung mehr eingeht. Die Leber erscheint verkleinert, atrophirt, und diess nicht selten zu den oben angegebenen Graden; stets ist die Abnahme des Volumens im linken Lappen bedeutender und von hier aus beginnend. Als weitere Folgen der Störungen im Blutlaufe sind zu beachten: Catarrh des Magens und Darmes, Anschwellungen der Hämorrhoidalvenen (Hämorrhoidalknoten), Magen- und Darm-Blutungen.

In die einzelnen Symptome weitläufig einzugehen, überschreitet die Grenzen dieses Werkes, und ist auch nicht nothwendig; es genüge hervorzuheben, dass sich nicht immer alle diese Zustände und die weiters hievon abhängigen Symptome gleichartig dem Grade und der Combination nach gestalten.

Es kann der Prozess im Leberparenchym schon deutliche Fortschritte gemacht haben, dabei das Volumen nicht oder nicht nachweisbar geschwunden sein, und der Kranke in dieser Zeit einer andern Krankheit unterliegen.

Der Milztumor kann fehlen, wenn die Verdickung etc. der Milzkapsel die Turgescenz des Organs hindert, was im Ganzen selten ist.

Die Ausbildung von Ascites kann beim verschiedenen Stande der Vegetation des Kranken erfolgen und verschiedene Grade erreichen; doch sind gewöhnlich letztere höher, und mit der Ausbildung des Ascites geht die Abmagerung rascher vorwärts. Dieser Ascites besteht häufig auch bei den schon ganz der Cachexie verfallenen Kranken allein, oder es folgen Oedeme der Füsse erst später. Frühere Ausbildung von sonstigen Hydrops (Anasarca der oberen Körperhälfte) ist nur bei gleichzeitigen Morbus Brightii zugegen, und diese Combination ist selten.

Der Icterus ist nicht immer bedeutend, ein schmutzig gelbliches

Colorit der Conjunctiva und um die Augen etc. fehlt jedoch nie, und ist bald am Anfange der Krankheit schon zugegen.

Die Functionen des Magens und des Darmes sind mannigfach abgeändert und sehr veränderlich.

Die wesentlichen Stützpunkte der Diagnose sind nebst dem ätiologischen Momente, dem Missbrauche des Branntweins: Ascites, Milztumor, die schmutzig gelbe Färbung der Conjunctiva und des Gesichts etc. und Verkleinerung der Leber.

Directe Beweiskraft für diese Art Kreislaufsstörung geben die venösen Anschwellungen am Unterleibe, welche nur bei gleichzeitigen Offensein der Vena umbilicalis zu Stande kommen, und von Rokitansky so angegeben werden: „Die Varicosität erscheint in der Form eines den Nabel kranzförmig umgebenden Geflechtes (Caput medusae) oder in Form von pyramidalen Geschwülsten seitlich neben dem Nabel, oder es sind ohne eine besondere Form die sämmtlichen Venen am Bauche, und von hier nach den Lenden und dem Gesässe so wie auf die untere Gliedmasse hin varicös."

Es können hier aber nur die in und um den Nabel sich befindlichen oder zunächst von hier ausgehenden Venen-Erweiterungen für das Hinderniss im Pfortader-Kreislaufe sprechen, denn wie bekannt, kommen Erweiterungen der Bauchdeckenvenen (selbst hochgradige), und die der Venen an den unteren Etremitäten beim Drucke auf die Cava ascendens und die Venae iliacae (bei Ascites, Peritoneal-Tuberculose, Geschwülsten, vorzüglich bei Cystoovarium etc.) und bei Verstopfungen dieser Venen auch vor. Freilich sind diese Varicositäten selten so bedeutend, und gewöhnlich überwiegen die der unteren Extremitäten; auch ist ihr Vorkommen bei reinem Ascites ceteris paribus das Untergeordnetste.

Der Verlauf ist gewöhnlich ein chronischer, die Dauer unbestimmt, und auch nicht leicht anzugeben, weil die Anfänge der Krankheit gewöhnlich dunkel sind. Bamberger gibt nach seinen Erfahrungen die Dauer von 11 Monaten als die mittlere an. Die längste Dauer beträgt nach ihm 3 Jahre, die kürzeste 7 Wochen.

Ausgänge.

Ob und welcher Grad des Stillstandes im Anfange des Leidens möglich ist, ist unbekannt. Die ausgebildete Cirrhose führt direct zum Tode; schneller oder langsamer, diess hängt vom Grade der ausgebildeten Zustände, von dem Verhalten der Constitution des Kranken und dessen Aussenverhältnissen und von hinzutretenden acuten Prozessen (Lungenödem, Peritonitis, Pneumonie) ab.

Der Tod erfolgt, wenn nicht durch die letzteren acuten Formen, so durch den Grad der Cachexie, manchmal durch Darmblutungen oder unter der Form von Cholämie (Icterus typhoides). Letzteres hat Bamberger dann gesehen, wenn sich vor dem Ende des Lebens acute Atrophie der Lebergranulationen eingestellt hat.

Complicationen. Sowohl allgemeine als locale Erkrankungen, die sich mit dieser Krankheitsform compliciren können, sind mannigfach; und müssen theils als ganz accessorische, theils als nebenstehende oder Folgezustände betrachtet werden.

Bamberger gibt nach seinen zahlreichen Erfahrungen folgende an, und zwar von Seite der Leber: Gallensteine, Leberabscess, Speckleber, acute partielle Atrophie, Leberkrebs, Pfortaderkrebs, Pfortaderentzündung. Als anderweitige Krankheiten: Tuberculose, Emphysem, Typhus, Puerperal-Fieber, Herzfehler, Encephalitis, Morbus Brightii, Nephritis, Tänia, Syphilis, Krebs. Nicht selten sind nach ihm mehrere der genannten Zustände gleichzeitig vorhanden.

Therapie.

Diese fällt in der ersten Zeit der Krankheit mit dem zusammen, was wir von der Behandlung bei der Säufer-Cachexie und der Leberhyperämie gesagt haben. Jodwässer innerlich, Jod und Mercurialsalben äusserlich werden nebstbei empfohlen. Bei schon ausgebildeter Atrophie der Leber etc. ist die Behandlung rein symptomatisch, und es ist von Seite der Medicamente der Kranke zu schonen, und durch Diätetica nach Bedarf zu kräftigen. Das Andere ist bei den Darmblutungen, Hämorrhoiden etc. angegeben.

Häufig ist die Anzeige zur Punction der Bauchhöhle und zu deren Wiederholungen nach dem Grade etc. der daselbst Statt findenden Wasseransammlungen gegeben.

VI. Pfortader-Entzündung. Pylephlebitis.

Ein Prozess, der in wenigen Fällen als Erkrankung von Seite der Venenhäute selbst, häufiger als Thrombose der Pfortader mit den weiteren Veränderungen der das Gefässrohr verstopfenden Gerinnungen anzusehen ist; derselbe ermangelt aller sicheren Charaktere für eine klinische Darstellung.

Man unterscheidet 2 Formen:

a) Die adhäsive, wo das in den Verzweigungen der Pfortader enthaltene Gerinnsel den Weg des Verwachsens mit dem Gefässrohre eingeht, und letzteres obliterirt und zu einem zellig-fibrösen Strange schrumpft.

b) Die suppurative, wo das Gerinnsel den Weg der Vereiterung einschlägt, und sich dieser Prozess auch auf die nächste Umgebung fortsetzt etc. etc.

Dem ursächlichen Verhalten nach sind diese Prozesse häufiger secundäre, abhängige, und durchaus noch nicht näher aufgeklärt.

Was die weiteren Folgen und Symptome anbelangt, so sind bei der ersten Form im geringeren Grade derselben auch keine zu beobachten; in höheren Graden der Ausbreitung führt sie zur Schrumpfung und Lappung der Leber, und durch Beeinträchtigung des Pfortaderkreislaufes zu denselben consecutiven Folgen (doch gewöhnlich im geringeren Grade) wie die Leber-Cirrhose. Die suppurative Form ist gewöhnlich Folge der Pyämie, und verläuft als Pyämie mit den unbestimmten Zeichen einer Hepatitis mit Abscessbildung. Diese Form wurde nach Misshandlung der Hämorrhoidalknoten, und als secundäre Form bei Perityphlitis gesehen.

Der Catarrh der Gallenwege wurde beim Icterus (1. Band) besprochen.

Die croupöse Entzündung der Schleimhaut des Gallensystems ist selten, ist stets untergeordnet und der Diagnose nicht zugängig.

VII. Die Speckleber, die Colloid-Leber

besteht in einer selten mehr gleichmässigen, häufiger in Form scharf begränzter, heller farbloser Klumpen abgesetzten Infiltration von einer eiweissartigen Masse in das Lebergewebe, welche auf der Durchschnittsfläche dem grauen Specke gleicht. Die Leber erhält dabei eine bedeutende Volumsvermehrung, wird sehr schwer und gewinnt an Derbheit; der Fettbeschlag der durchschneidenden Messerklinge ist gering oder fehlt ganz; die Farbe der Durchschnittsfläche ist weisslich oder bräunlich marmorirt etc. etc.

Neben der Speckleber findet sich häufig gleichzeitig derselbe Prozess in der Milz und den Nieren.

Die Diagnose auf Speckleber wird gemacht;

a) aus der schmerzlos zu Stande kommenden Vergrösserung der Leber und deren bedeutenden Härte;

b) aus dem Vorhandensein einer derjenigen Cachexien, in deren Gefolge die Speckleber vorzukommen pflegt.

c) Nach Umständen aus dem gleichzeitigen Milztumor und der Speckniere (Eiweissharn).

Die Kranken sehen zwar cachectisch, aber mehr anämisch, nicht

icterisch aus; — Ascites etc. sind die nothwendigen Folgen dieser Leber-Entartung.

Aetiologie. Speckleber kommt vor bei Syphilis und Tuberculose (in beiden Fällen vorzüglich bei langwieriger Caries), bei Rhachitismus, nach Intermittens und bei höheren Graden von Mercurial Cachexie.

Verlauf. Geringere Grade setzen keine besonderen Störungen; höhere gehören den höheren Graden der genannten Cachexie an, und diese führen gewöhnlich bald zum tödtlichen Ende.

Die Therapie wurde bei den betreffenden Cachexien angegeben; nur ist höchstens noch vor dem Gebrauche salinischer Abführmittel oder des Jod's etc. eher zu warnen, als derselbe anzurathen.

VIII. Die Fettleber, Talgleber.

Bei höheren Graden nimmt das Volumen der Leber zu; sie fühlt sich teigig an so, dass sie dem Fingerdrucke leicht nachgibt, ja dadurch selbst eine grubige Vertiefung annimmt; die Farbe ist blassgelblich, blassbraun, wachsgelb (Wachsleber); der Blutgehalt gering; die Substanz brüchiger, weniger körnig als die normale, und beim Durchschneiden beschlägt sich eine reine Messerklinge mit einer (nicht gleichen) Menge schmierigen Talges.

Die Diagnose dieser höheren Grade wird gemacht:

a) aus der vergrösserten Leber, die sich nicht so derb wie Speckleber anfühlt, auch nicht die Grösse erreicht wie diese;

b) aus dem Mangel von Milztumor, Ascites etc. etc.

c) Aus dem Zusammentreffen der vergrösserten Leber mit allgemeiner Fettsucht, Säufer-Dyscrasie, Tuberculose oder anderen chronischen Krankheiten.

Ueber Therapie verweisen wir für die Fälle, wo welche nothwendig oder zulässig ist, auf das, was bei Fettsucht gesagt wurde.

IX. Leberkrebs, Carcinoma hepatis.

Krebs kommt in der Leber häufig vor, doch häufiger als secundärer Prozess bei gleichzeitiger Ablagerung von Krebsmassen in andere Organe, vorzüglich in die nahe gelegenen als: Magen, Retroperitonealdrüsen etc.

Die häufigste Form hiebei ist der medullare Krebs, und zwar

als Knoten in verschiedener Grösse, verschiedener Anzahl und im verschiedenen Grade von Consistenz erscheinend; seltener wird die Krebsmasse als mehr gleichmässiges Infiltrat in das Leberparenchym abgesetzt. Der melanotische Krebs etc. kommt gelegentlich auch vor.

Der Krebs der Leber lagert manchmal in der Tiefe, manchmal mehr oberflächlich, und ist eines raschen Wachsthums fähig. Er durchsetzt manchmal die Kapsel, wuchert in die Bauchhöhle, und kann lebensgefährliche Ergüsse und Blutungen veranlassen. Die Leberkapsel ist häufig an den Stellen der Knoten und in deren Nähe verdickt, mit der Umgebung verwachsen etc. — Das übrige Leberparenchym findet sich normal, hyperämisch, anämisch, fettig oder cirrhös entartet etc. etc.

Die Diagnose des Leberkrebses ist im Anfange der Ablagerung und bei kleinen tief gelegenen Knoten nicht immer leicht und es wird der Prozess leicht für Hyperämie oder fettige Entartung der Leber etc. gehalten, oder ganz übersehen; was beim secundären Krebs, wo die Ablagerung hieher erst spät erfolgt, auch leicht geschieht.

Man ist zunächst an die Erscheinungen der Krebs-Dyscrasie gewiesen (1. Band), die gewöhnlich gleichzeitig, manchmal früher, aber bei Leberkrebs auch häufig erst später zur Ausbildung gelangen.

Nebstdem sind in anderen Fällen alle die für locale Affection des Krebses angeführten Zeichen: eine harte, unebene, höckerige, schmerzhafte Geschwulst etc. zugegen.

Diese Geschwülste sind einzeln und grösser, oder deren einige zu fühlen, sie können hart bleiben oder weicher werden. Die diese Ablagerung begleitenden Schmerzen sind gewöhnlich gross, nicht bloss auf den Herd des Krebses beschränkt; auch Anfälle von heftigen kolikartigen Schmerzen sind häufig. Werden durch diese Knoten die gallenabführende Gefässe gedrückt, so entsteht Icterus höheren Grades, sonst nicht; in anderen Fällen wird durch Druck auf die Pfortadergefässe Ascites gesetzt, und gewöhnlich begleitet Letzterer, wenn auch nur im geringeren Grade, diesen Prozess. Die Schwellung des ganzen Organes ist hiebei eine sehr verschiedene und erreicht manchmal bei bedeutender Ablagerung selbst hohe Grade. Magen- und Darm - Catarrh begleiten gewöhnlich den Leberkrebs. Blutungen nach Aussen durch den Darm oder in die Bauchhöhle sind selten, und nur nach vorgängiger Verwachsung mit dem Darme oder dem Durchbruch der Leberkapsel möglich.

Krebsablagerungen in andere Organe, so wie andere Krankheiten der Organe etc. modifiziren das Bild nicht selten wesentlich.

Der Verlauf ist gewöhnlich mehr chronisch, in die Monate und darüber hinausgezogen; in seltenen Fällen auch acut.

Die Ausgänge sind die bei der Krebs-Cachexie angegebenen; — frühzeitiger Tod auf dem Wege der Erschöpfung und des Hydrops oder durch hinzutretende Peritonitis etc. ist der gewöhnlichste. Theilweise Verfettung (rückgängige Metamorphose) ist wohl zu beobachten, aber keine vollständige Heilung, und es werden die früher für geheilte Krebsstellen gehaltenen narbigen Einziehungen etc. für syphilitische Ablagerungen angesehen, wie schon oben gesagt wurde.

Ueber Prognose und eigentliche Therapie verweisen wir auf den 1. Band. Die symptomatische Behandlung ist nebst entsprechender Regelung der Diät und des Regime's die Hauptsache. Warme Umschläge erleichtern manchmal die grosse Schmerzhaftigkeit, auch werden narcotische Kräuter in Form von Umschlägen und Pflaster viel angewendet. Narcotica innerlich können nicht entbehrt werden; ebenso Oeleinreibungen mit Chloroform, wenn die Schmerzen durch den dabei erzeugten Druck nicht sehr gesteigert werden. Zu enthalten hat man sich von den stärker eingreifenden Mercurial- und Jodsalben; ebenso ist der habituellen Stuhlverstopfung nur auf die schonendste Weise zu begegnen, und dieselbe nicht zu anderer Zweckerreichung, als zur Linderung der dadurch gesetzten oder gesteigerten Symptome (Schmerz, Aufblähung, Druck etc.) zu beheben. Ascites und allgemeiner Hydrops müssen manchmal zu mildern gesucht werden, doch nicht durch stärkere Diuretica oder die nicht dringend geforderte Punction; — Einreibungen mit Oel, Oleum Juniperi, Räucherungen etc. sollen in Anwendung gezogen werden.

X. Acephalocystenbalg, Echinococcussack der Leber.

Ist ein Sack von seröser Beschaffenheit, welcher von einer zweiten der Leber angehörigen fibrösen Hülle (Parenchym-Balg) umgeben ist.

Im Inneren des serösen Balges finden sich nebst Flüssigkeit kleinere und grössere Blasen (Acephalocysten, Echinococcussäcke), die in verschiedener Anzahl vorhanden sein, und andere derlei Blasen eingeschachtelt enthalten können. An der inneren Oberfläche dieser Blasen (nicht aller) findet sich stellenweise eine griesähnliche, feinkörnige, weissliche Masse, welche aus den diese Blasen bewohnenden Entozoën (Echinococcus) bestehen, welche unter dem Mikroskope einen täniaähnlichen Kopf zeigen.

Der gemeinschaftliche Echinococcussack findet sich in verschiedener Grösse und Anzahl, manchmal einzeln und dann gewöhnlich grösser, und kann selbst die Grösse eines Kindskopfes erreichen; die kleineren Bälge in ihm sind frei herumschwimmend oder an der Wand festsitzend, mehr gespannt oder collabirt etc. etc.

Der gewöhnliche Sitz dieser Bälge ist der rechte Leberlappen, doch kommen sie auch an anderen Stellen vor.

Der Balg kann verdickt, knorpelähnlich hart, er kann der Sitz von Entzündung werden, kann in die Bauchhöhle oder nach vorgängiger adhäsiver Entzündung in die nahen Organe perforiren, und in dem einen Falle kann lethale Peritonitis, in den anderen Fällen Entleerung des Contentum durch den Mund oder den After erfolgen; — der Inhalt kann sich auch eindicken, obsolesciren etc. wie diess aus der pathologischen Anatomie als bekannt vorauszusetzen ist. Es kann dieser Prozess mit ähnlichen Afterbildungen in der Milz, den Nieren, den Lungen etc. gleichzeitig gefunden werden.

Die Krankheits-Erscheinungen, welche durch die Gegenwart dieser Echinococcussäcke erzeugt werden, sind nach der Anzahl, der Lage, der Grösse und den möglichen Veränderungen des Sackes, ferner nach dem übrigen Zustande des Leberparenchyms etc. sehr verschieden, und haben selbstverständlich nichts Constantes.

Die Zeichen einer Leberhyperämie, Beschwerden und Behinderung der Function der durch Druck betheiligten Organe, Icterus (durch Druck auf die Gallengänge), Ascites (durch Druck auf die Pfortader) etc. sind die Folgen der Grösse und des näheren Sitzes der Afterbildungen. Gelegentlich können Symptome der Entzündung und Durchbohrung zu Stande kommen.

Näher zu diagnostiziren (selbst mit aller Gewissheit) ist das Leiden bei seiner oberflächlichen Lage, wenn der Balg durch die Bauchdecken durchgefühlt, und durch das Aussehen des Kranken, sowie durch anderweitige genauere Anamnese Abscesse ausgeschlossen werden können.

Grössere Acephalocysten-Bälge erzeugen manchmal eine stärkere deutlich unterscheidbare Prominenz in der Lebergegend; und es stellt sich diese als eine rundliche, glatte, mehr weniger weich elastische und fluktuirende Geschwulst dar, welche genau den Bewegungen der Leber bei tieferen In- und Exspirations-Versuchen folgt; und sich durch ihre Form, die Lage und nicht scharfe Umgrenzung von der ausgedehnten Gallenblase unterscheidet. In anderen Fällen wird die Diag-

nose durch die Entleerung des Inhaltes nach Aussen gemacht, wenn man die Hacken des Echinococcus mikroskopisch nachweisen kann.

Die ätiologischen Verhältnisse sind nicht genauer bekannt, man betrachtet sie als eine Brut der Tänien. deren Keime aus dem Darmkanal in die Leber gelangt sind etc.

Der Verlauf und die Ausgänge des manchmal ohne allen Beschwerden getragenen, manchmal aber sehr lästigen, und wie oben gesagt, selbst lebensgefährlich werdenden Uebels sind ganz unbestimmt.

Die Therapie ist eine rein symptomatische. Jodeinreibungen (nützen aber nichts), Kochsalzlösung als Umschlag und Bad sind vorgeschlagen; auch können nach der jetzigen Ansicht über die Entstehung dieser Geschwülste äusserlich einzelne Anthelmintica (Terpenthinöl, Oleum Chaberti etc.) versucht werden.

Nach der Dringlichkeit der Zufälle kann ein operatives Eingreifen nöthig werden; die Eröffnung des Sackes mittelst eines feineren Troicar's dürfte nie Erhebliches leisten, und es würde die vorsichtige Eröffnung mittelst Aetzmittel immer vorzuziehen sein (Chirurgie).

XI. Gallensteine. Calculi biliares. Gallensteinkrankheit, Cholelithiasis.

Die Gallen-Concremente kommen in verschiedener Grösse (von der eines kleinen Korns bis zu der eines Hühnereies), und in eben so variabler Anzahl vor. Die kleineren werden Gallensand, und beim Vorkommen in Parenchym der Leber auch Lebersteine genannt. Der Hauptbestandtheil derselben ist Cholestearin, doch enthalten die meisten einen oder mehrere Kerne, welche Schleim und phosphorsaure Erden enthalten, vorzugsweise aber aus Kalk und Gallenpigment bestehen. Steine, die vorzugsweise aus kohlensaurem und phosphorsaurem Kalke bestehen, sind selten etc.

Gallensteine sind gewöhnlich leichter als Wasser, haben eine geringe Consistenz, lassen sich leicht zerreiben; die Farbe ist sehr verschieden, am häufigsten ist sie dunkel und nicht gleichmässig; das Gefüge ist faserig, blättrig, nicht in allen Lagen gleich oder gar nicht bestimmt. Die Form und Gestalt hängt in vielen Fällen von dem Orte ab, wo sie gefunden werden — sonst sind sie rundlich, länglich, haben da, wo ihrer viele beisammen liegen, abgeschliffene glatte Flächen, und nicht selten, selbst eine mehr weniger regelmässige krystallinische Gestalt.

Die Gallensteine werden häufig zerstreut im Parenchym der Leber, häufiger in den grösseren Gallengängen und am häufigsten in der Gallenblase gefunden, und können hier frei oder an die Wand angelöthet oder im abkapselnden Exsudate eingekeilt sein.

Als weitere Zustände werden in der Leber nebstbei, und zwar in verschiedenem Grade und verschiedener Combination, und nicht immer bloss durch die Lage oder Grösse der Steine erklärbar gefunden: Catarrh, Hypertrophie der Schleimhaut der Blase, Schrumpfung, Verödung, Verwachsung derselben mit den umgebenden Gebilden; oder Hydrops cystidis felleae; Erweiterung der Gallengänge, die sehr bedeutend, auch von Catarrh und Blennorrhoe begleitet sein kann; Abscesse, Durchbohrungen in den Magen, Darmkanal, durch die Bauchwand; Verwachsungen der Gallengänge etc. etc.

Krankheits-Symptome und Verlauf.

Gallen-Concremente können in ganz unbestimmten Mengen-Verhältnissen ohne allen Störungen getragen werden, auch ohne allen Beschwerden abgehen; und es gibt weder ein allgemeines noch ein locales Symptom, welches durch ihre Gegenwart als solche bedingt würde, und den Abgang derselben beweisen möchte, als eben die abgehenden Steine selbst.

Störungen, die durch Gallensteine gesetzt werden, entstehen nur durch ihren schweren Durchgang durch die Gallengänge, oder durch die Verstopfung der letzteren, oder durch die anderweitigen in der Schleimhaut, dem Lebergewebe etc. angeregten und unterhaltenen Prozesse von Entzündungen, Geschwürbildung etc. etc.

Die reine Schwierigkeit des Durchganges grösserer Steine wird zunächst durch rasch und unerwartet ohne aller weiteren Veranlassung eintretende Schmerzen bezeichnet, welche, da der Grad der Schwierigkeit nicht in allen Fällen gleich ist, auch nicht immer gleich heftig, nicht immer von gleicher Dauer sein können. Sie gewinnen um so mehr das Aussehen einer reinen Neurose, je stärker sich das Hinderniss des Durchganges momentan gestaltet, und je rascher dasselbe überwunden wird, und sind in ihren höheren Graden auch von Erbrechen, Schluchzen etc. begleitet.

Gelingt es der Anstrengung des fortbewegenden Ductus nicht, das Hinderniss bald zu entfernen, so gesellen sich die Zufälle gehinderter Gallenentleerung und die des Catarrh so der der Entzündung der Gallengänge und der Hyperämie der Leber hinzu; welche nach der Dauer und dem Grade des Hindernisses länger oder kürzer beste-

hen, und selbst nach dem erfolgten Abgange der Steine noch fortdauern können.

Diese Zufälle sind es, welche mit den gemeinschaftlichen Namen von Gallensteinkolik, Leberkolik bezeichnet werden, und die bald den Charakter einer reinen Neurose an sich tragen, bald nebstbei durch hinzutretenden Icterus, entzündlichen Schmerz der Lebergegend, Schwellung der Leber etc. in das Bild eines einfachen Catarrhs der Gallenwege, einer Hyperämie oder Entzündung der Leber übergehen, oder mit letzteren fortbestehen; auf solche Weise wird die Dauer, der Grad und die Symptome der einzelnen Anfälle dieser Gallensteinkolik mannigfach abgeändert, und es begreift sich, dass solche Anfälle manchmal nur vereinzelt vorkommen, in anderen Fällen sich öfter, ja oft wiederholen können, und dass die heftigsten Schmerzen in der Lebergegend auf solche Art entstanden, wenn sie nicht lange dauern, nicht immer Icterus und Fieber etc. im Gefolge haben müssen; dass aber in allen den Fällen, wo dass Hinderniss ein grösseres, länger dauerndes gewesen ist, sich die letzteren Zufälle immer einstellen werden.

Weder die Anfälle der Schmerzen, noch die folgenden Zufälle haben etwas Charakteristisches, und erhalten ihre Bedeutung als den Gallensteinen angehörig nur durch den nachweisbaren Abgang der Letzteren.

In anderen einzelnen Fällen können durch die Gegenwart der Gallensteine länger andauernde Schmerzen in der Lebergegend (mit Schwellung des Organes) und zwar mehr beschränkt, mehr ausgebreitet, mit mehr oder weniger oder wechselnden Icterus, und mannigfachen anderen Symptomen entstehen, und Abmagerung, Schwächlichkeit des Körpers, kurz eine Art Siechthum im Gefolge haben, zu welchen in unbestimmter Zeit die Zeichen des sich bildenden Abscesses oder einer geschehenen Perforation etc. noch weiters hinzutreten können.

Wird durch das Steckenbleiben eines Steines eine bleibende und vollständige Behinderung der Gallenausscheidung gesetzt, so gesellen sich zu den Zufällen der sogenannten Gallensteinkolik, nemlich zu den heftigen, anfallsweise kommenden Leberschmerzen hochgradiger Icterus, Schwellung und grosse Empfindlichkeit der Lebergegend gegen äussern Druck, Fieber etc. hinzu; welche mit mehr raschen, und dabei sehr wechselnden Verlaufe der heftigeren Zufälle zur schnellen Ausbildung von cachectischen Aussehen und Abmagerung, oder auch ohne diesen nach einigen Wochen durch Hydrops

zum Tode führen können; wenn nicht selbst früher durch das Hinzutreten anderer, nicht bekannter Momente der Tod auf schnellere Weise unter den Erscheinungen von Icterus typhoides (Cholämie) eintritt, wie diess bei allen Retentionen der Galle möglich ist.

Aber auch alle diese letztgenanuten, und im Ganzen bei diesem Prozesse nur seltenen Zufälle erhalten im Leben doch nur die diagnostische Bedeutung als von Gallensteinen abhängig, wenn solche schon früher abgegangen waren.

Der Abgang von Gallensteinen oder Gallensand ist es somit zunächst und allein, welcher alle die nervösen, entzündlichen etc. Affectionen von anderen Krampfformen des Unterleibes und von anderen Leiden des Leberorganes unterscheidet; und es müssen im gegebenen Falle die Fäces genau auf die Gegenwart von solchen Concrementen untersucht, d. h. verdünnt, und durch ein Drahtsieb oder einen blechernen Durchschlag gegossen werden; wenn nicht eben grössere Steine abgehen sollten, und auch früher noch nie abgegangen wären.

Die A e t i o l o g i e der Gallensteine ist nicht genau bekannt; und es wird deren Bildung auf eine abnorme Mischung der Galle oder auf grössere Mengen Kalk, die durch Trinkwasser dem Organismus zugeführt, die ersten Punkte zu weiteren Niederschlägen aus der Galle abgeben sollen (so in Gegenden, wo diese Krankheit endemisch herrscht), zurückgeführt. Zweifelsohne entstehen sie auch dort, wo durch andere mechanische Ursachen der normale Abfluss der Galle gehindert ist, daher ihre häufige Combination mit Krebs der Leber.

Gallensteine sind häufiger in manchen Gegenden Deutschlands, Englands, Ungarns; häufiger bei Frauen und in den späteren Jahren des Lebens (selten in der Jugend).

Fettleibigkeit und sitzende Lebensweise scheinen hiezu zu disponiren; auch Gichtprozess scheint damit im Causal-Nexus zu stehen.

Zu den erzeugenden Umständen werden gerechnet: der Missbrauch von Spirituosa, der Genuss zäher, saurer, käsiger, fetter animalischer oder auch azotarmer Nahrung, der Genuss herber Weine und niederdrückende Gemüthsaffecte (Canstatt).

Die P r o g n o s e ist an und für sich nicht ungünstig, doch können im Gefolge sehr schmerzhafte, bedenkliche und lebensgefährliche Zufälle eintreten, und ein frühzeitiges Ende auch auf dem Wege der chronischen Ausbildung von Siechthum eingeleitet werden.

Therapie.

Diese strebt dahin, schon vorhandene Steine aufzulösen und deren weitere Bildung hintanzuhalten. Zu ersterem Zwecke werden gelobt: die Alcalien, besonders die kohlensauren, die Seife, der Salmiak, die Mineralwässer von Carlsbad, Töplitz, Kissingen, Ems etc. die frischen Säfte, Extracte und Decocte von Taraxacum, Saponaria etc.

Ferner Chelidonium, ätherische Oele (Terpenthin), Aether oder deren Verbindung (3 Theile Aether, 2 Theile Terpenthin nach Durandes Methode; oder mehrere Mal des Tages 10—20 Tropfen), die Electricität etc.

Die Kost und das Regime muss nach den bei der Aetiologie angegebenen Momenten geregelt werden; Aenderung der jeweiligen Lebensweise, viel Bewegung und der Genuss von viel Wasser (welches nicht reich an Kalksalzen ist), Obst, Gemüse u. dgl. ist jedenfalls vortheilhaft.

Die symptomatische Behandlung hat Platz zu greifen bei Anfällen von Kolik, Entzündung etc. und hat hier nichts Besonderes. Bei Kolikanfällen werden Narcotica gegeben. Einreibungen oder Einathmungen von Chloroform, warme Umschläge, warme Bäder versprechen die meiste Linderung.

Klystiere (mit Salz u. dgl.) oder ölige nicht reizende Abführmittel können auch den Abgang der Steine unterstützen; doch kann ihre Anwendung auch leicht die Zufälle steigern, und es lassen sich für dieselben keine näheren Indicationen angeben.

Tuberkel der Leber kommt immer secundär und gewöhnlich sehr untergeordnet vor. Derselbe wird ebenso wie die einfachen Cysten, lipomatöse Geschwülste, Apoplexien, etc. nicht diagnosticirt.

G. Krankheiten der Milz.

I. Entzündung der Milz, Splenitis, Lienitis.

a) Die Entzündung der Milzkapsel; Perisplenitis, Lienitis velamentosa ist eine locale Bauchfellentzündung, die selten idiopathisch nach mechanischen Einwirkungen oder Verkühlun-

gen, häufiger bei den Krankheiten der Milzsubstanz (Entzündung und Tumoren derselben) vorkömmt. Sie führt zur Trübung und Verdickung der Kapsel, zur Verwachsung der Milz etc.

Die Diagnose derselben wird in gar vielen Fällen aus Mangel hervortretender Symptome nicht gemacht; in anderen Fällen sind es die Zeichen der Peritonitis, beschränkt auf die Gegend der Milz, und das Fieber, aus welchem ihre Gegenwart diagnostizirt wird. Gewöhnlich sind die Zeichen des Magen-Catarrhs ebenfalls hochgradiger vorhanden; auch Erbrechen etc. kann zugegen sein.

Der Verlauf ist bald acut, bald chronisch.

Die Therapie ist die der Peritonitis dem Grade, der Dauer und den sonst vorhandenen oder mangelnden primären Leiden entsprechend.

b) Die Entzündung der Milz; Lienitis parenchymatosa kommt in Form umschriebener kleinerer oder grösserer Herde vor; das Exsudat vereitert oder obsolescirt, und theilt in jedem Falle das Schicksal der sonst noch gesetzten Exsudate, denn diese Milzentzündung ist nur immer ein secundärer Prozess.

Sie kömmt vor bei Endocarditis, bei Pyämie und manchmal bei Typhus zu der Zeit, wo von Pyämie noch keine Sprache ist. (Am Anfange als Degeneration des typhösen Prozesses nach Rokitansky).

Diagnostizirt wird dieselbe nicht, weil weder besondere Schwellung des Organes, noch Empfindlichkeit desselben oder andere Symptome damit constant verbunden sind; gewöhnlich geht auch dieser Vorgang im Krankheitsbilde des primären Leidens und dessen Metamorphosen völlig unter.

Wiederholt sahen wir Typhöse in der ersten Zeit der Krankheit sterben, wo sich in den Leichen nebst geringeren oder stärkeren Ablagerungen des Darmes solche Splenitis gefunden hat; es kamen uns solche Fälle selbst einige nacheinander in derselben Epidemie vor, und doch war weder in dem einen, noch dem anderen Falle irgend Etwas, selbst nur für eine muthmassliche Diagnose des Leidens im Leben geboten.

Kömmt es in Folge solcher Eiterungen zum Durchbruche in die Bauchhöhle, so entsteht ausgebreitete Peritonitis, deren eigentliche Ursache, wenn auch manchmal im Leben vermuthet, in den meisten Fällen erst am Sectionstische erkannt wird.

II. Schwellung, Vergrösserung der Milz. Milztumor.

a) Der acute Milztumor gehört den acut dyscrasischen Zuständen, vorzüglich dem Typhus und der Intermittens an; erreicht nicht selten rasch hohe Grade, und muss durch Percussion und Palpation diagnostizirt werden. Bei Intermittens geht auch der acut angeregte Tumor gewöhnlich in die chronische Form über; bei den anderen Prozessen geht er gewöhnlich mit deren Ablaufe vollständig zurück.

Hochgradiger acuter Milztumor kann in seltenen Fällen mit und ohne weiterer äusserer Veranlassung zur Berstung der Milz führen, am gewöhnlichsten ist Blut-Sepsis gleichzeitig ausgebildet. Solche Berstungen führen nicht immer zur Ausbildung von Peritonitis, und wenn die Symptome des primären Leidens den ganzen Vorgang nicht vollständig decken, so sind die Zeichen rascher innerer Verblutung diejenigen, welche diesen kurzdauernden Zustand vermuthen lassen.

b) Der chronische harte Milztumor (dessen eine Varietät die sogenannte Speckmilz darstellt) kommt im Verlaufe chronischer Dyscrasien, bei länger andauernden Intermittens-Prozess und in Wechselfiebergegenden auch ohne Fieber, ferner bei Herzfehlern, Emphysem, Krankheiten der Leber etc. vor; wie diess am geeigneten Orte bereits angegeben ist.

Er erreicht seine höchsten Grade im Verlaufe des Intermittens-Prozesses, kann so gross werden, dass er den grössten Theil der Bauchhöhle ausfüllt, und 10—20 Pfunde an Gewicht beträgt; Fiebermilz ist noch durch reichlichere Ablagerung von Pigment (Heschl, Planer) ausgezeichnet.

Seine Diagnose ist schon angegeben.

Die Therapie fällt mit dem Grundleiden zusammen.

In einzelnen Fällen bleiben grosse Tumoren über die anderen Zufälle des primären Leidens stehen; gehen mit anämischen Aussehen, gestörter Verdauung, Magen Catarrh, Abmagerung einher, und sollen Hydrops und frühzeitigen Tod bedingen.

Die Therapie ist auch hier nicht von der der anderen Tumoren verschieden.

Professor Dietl machte einige Fälle von bedeutenden Lageveränderungen solcher Milztumoren bekannt; und es erwächst hieraus die Nothwendigkeit auf die mögliche Beweglichkeit und das mögliche

Steckenbleiben im Becken solcher Tumoren in Fiebergegenden (vorzüglich bei Weibern) aufmerksam zu sein.

Tuberculose der Milz kommt bei acuter (hier häufiger) und chronischer Tuberculose anderer Organe vor. Krebs der Milz ist selten und immer ein secundärer.

II. Krankheiten des Pancreas.

Entzündung (Eiterung) und Krebs der Bauchspeicheldrüse findet sich mit ähnlichen Vorgängen anderer Organe in den Leichen vor.

Krankheiten des uropoëtischen Systems.

I. Brightische Nierenkrankheit, albuminöse Exsudation der Nieren, Morbus Brightii, Nephritis albuminosa etc.

Die am häufigsten vorkommende Krankheit der Nierensubstanz, die in verschiedenen Stadien der Entwicklung, in verschiedener Ausbreitung und in verschiedener Combination mit anderen Zuständen der Nieren gefunden wird.

Die sehr mannigfachen Varietäten derselben, wie sie die pathologische Anatomie aufstellt, haben keinen klinischen Werth; es sind die spezielleren umschriebenen oder mehr verbreiteten Vorgänge, wie sie im Gewebe der Nieren gefunden werden, der Diagnose nicht zugängig, und es mögen daher die näheren Formen dieses Prozesses in den Werken über pathologische Anatomie nachgesehen werden.

Das Wesen des ganzen Prozesses wird als eine vorwaltend albuminöse Exsudation aufgefasst, wobei der grösste Theil des Exsudats mit dem Harne nach Aussen abgeführt, der gerinnende faserstoffige Antheil in das Interstitium der Harn absondernden Kanäle und in das Lumen derselben abgesetzt wird, zum Theil aber auch mit dem Harne abgeht.

Am Anfange, vorzüglich der mehr acut zu Stande kommenden Formen geht grössere Hyperämie zu den Nieren der Exsudation voraus und besteht mit ihr theilweise fort; mit dem Blutplasma treten zugleich Blutkörperchen aus, welche das Schicksal der Exsudation theilen, d. h. theils im Parenchyme der Nieren zurückbleiben, theils mit dem Harne ausgeführt werden.

Mit der Exsudation findet zugleich Losstossung der Epithelien Statt, und es finden sich reichliche Mengen derselben im Harne, und es sind dieselben entweder frei oder durch geronnenen Faserstoff in

Form länglicher cylindrischer Körper zusammengehalten, die man Faserstoff-Cylinder zu nennen pflegt (und früher für das Epithel der Bellinischen Röhren hielt).

Im Verlaufe des Prozesses kommt es zur Fettmetamorphose der Epithelien, endlich gehen auch die structurlosen Häute der Harnkanäle in diesem Prozesse unter, es kommt zur Atrophie der Nieren und es haben die Nieren im weiteren Verlaufe immer ein granulirtes Aussehen; die Granulationen entsprechen bald den mit Exsudat vollgestopften Harnkanälchen, bald den beim Schwunde der fettig entarteten Harngefässe noch normal gebliebenen, nicht entarteten Harnkanälen etc. — Häufig werden in so atrophirten Nieren Cysten gefunden, und sie sollen aus den sich erweiternden Kapseln der Malpighischen Körper hervorgehen.

Krankheitsbild und Verlauf.

Die Krankheit verläuft bald acut, bald chronisch, und in beiden Fällen mit einem solchen Wechsel der Dauer, der begleitenden Symptome und der Complication anderer Zustände, dass es nicht möglich ist, ein reines Bild für den Prozess aufzustellen. Denselben nach den von der pathologischen Anatomie aufgestellten Stadien sondern zu wollen, wäre mehr als blosse Illusion; und es lässt sich nur noch einigermassen ein Leitfaden für die Therapie auf die Art gewinnen, dass man den Vorgang nach seinem acuten und chronischen Verlaufe im Allgemeinen betrachtet.

A. Acute Form, Nephritis albuminosa etc.

Die wesentlichsten Symptome auch für diese Form liefert die genauere Untersuchung des Harns, und oft ist die fehlerhafte Beschaffenheit desselben das einzige Zeichen für die Gegenwart des Leidens.

Der Harn ist gewöhnlich weniger im Verhältnisse der sonst gelassenen Mengen und im Verhältnisse der genossenen Getränke; derselbe hat eine schmutzig röthliche Färbung und ist gleich, nachdem er gelassen ist, schwach getrübt. Lässt man ihn stehen, so setzt sich ein flockiger, weisslich, weissgelblich, manchmal etwas röthlich gefärbter sehr lockerer Niederschlag ab, welcher aus Epithelien der Harnwege, Blutkörperchen, Faserstoffcylinder besteht, und manchmal Tripel-Phosphate enthält. Der Harn ist von saurer Reaction, hat sein normales oder ein höheres specifisches Gewicht (reicher an Harnstoff). Die Menge an Salzen und Farbstoffen ist ebenfalls entweder die normale oder sie ist grösser; constant vermehrt gleich von Anfang ist das Uroxanthin, das

wichtigste Zeichen bleibt die bedeutende Menge von Eiweiss, welche durch Zusatz von Salpetersäure oder beim Erhitzen des Harnes herausfällt.

Der Antheil des Harns an Blutroth und Blutkügelchen ist kein constanter, und nie ist überhaupt auch die Menge des Eiweisses oder der Faserstoffgerinnsel dieselbe, sondern in dem zu verschiedenen Zeiten des Tages oder an verschiedenen Tagen gelassenen Harne immer eine verschiedene und wechselnde.

Der so beschaffene und vorzüglich durch viel Eiweiss, durch Faserstoffcylinder, Blutkörperchen und viel Uroxanthin bei normalen oder höheren specifischen Gewicht ausgezeichnete Harn ist wie schon gesagt, in manchen Fällen das einzige Zeichen für beginnenden Morbus Brightii, und es kann dieses Symptom nach kurzer Dauer verschwinden, ohne dass es zu anderen Erscheinungen gekommen wäre; so nach der Wirkung von Canthariden, Copaiva-Balsam, Terpenthin, wenn mit diesen Mitteln gleich beim Erscheinen dieses Harnes ausgesetzt wird, so vorzüglich bei Intermittens, wenn diese in sonst gesunden Leuten auftritt, und gleich bei den ersten Anfällen des Fiebers Exsudation in den Nieren zu Stande kommt und es gelingt, weitere Anfälle des Fiebers hintanzuhalten.

Das schubweise und von den Anfällen abhängige Ausbilden der Brightischen Krankheit bei Intermittens ist anfangs ganz deutlich daraus ersichtlich, dass bei Febris tertiana der am fieberfreien Tage gelassene Harn eine auffallende Veränderung (geringere Mengen Eiweiss, kein Blut etc.) zeigt und sich der charakteristische Harn nur erst wieder nach dem nächsten Anfalle vorfindet. Nach einigen oder mehreren Anfällen des Fiebers ist dann weiter dieser auffallende Unterschied nicht mehr zu beobachten.

Nach unbestimmter, doch gewöhnlich kurzer Dauer des so beschaffenen Harnes kommt es zur Ausbildung von hydropischen Ansammlungen, und es machen diese das zweite wichtige Zeichen des Morbus Brightii aus; diess schon auch darum, weil sie es zunächst sind, die die nähere Untersuchung des Harns veranlassen, und der Arzt nur selten Gelegenheit hat, die Krankheit noch vor Ausbildung des Hydrops zu beobachten.

Der Hydrops fängt als bleibendes Oedem der Füsse an, dem sich ein mehr wechselndes, wanderndes Oedem des Gesichtes, der Augenlider, der Halsgegend etc. hinzugesellt, oder welches rasch zur Ausbildung von Anasarca fortschreitet.

Häufig bilden sich gleichzeitig, besonders bei stärkeren jungen

Individuen seröse Exsudate in der Brust- oder Bauchhöhle aus; sie werden unter den Zeichen von stärkerer oder schwächerer Hyperämie abgesetzt, und so hat man es in dieser Zeit auch mit den Zeichen von Pleuritis, Peritonitis zu thun.

In diesen letzteren Fällen fehlt Fieber nicht, in anderen Fällen hat dasselbe nichts Constantes: bei Intermittens ist es eben intermittirend, nach Scharlach, Typhus kann es fehlen oder auch hochgradiger sein, bei den durch Verkühlung zu Stande kommenden acuten Fällen fehlt es zwar nicht, ist aber dem Grade nach verschieden, und nicht proportionell weder zum Hydrops noch zur Albuminurie.

Hydrops und Albuminurie (mit Faserstoffcylinder etc. im Harne) können einige Zeit 2—3 Wochen und darüber bestehen, und hierauf unter Abnahme des Hydrops und Verminderung der abnormen Bestandtheile des Harnes (Eiweiss wird am längsten gefunden, doch nimmt dessen Quantität manchmal rasch und stätig ab) Heilung eintreten.

Die Reconvalescenz ist gewöhnlich eine längere; die Anämie nach der Krankheit ist bedeutend, und sehr leicht treten nach Verkühlungen etc. neue Hyperämien zur Niere, neue Ausscheidung von Albumen ein.

In anderen Fällen klagen die Kranken im Verlaufe über wechselnde Schmerzen in der Lendengegend, die auch anhaltend und hochgradig sein können, und lästiger Harndrang stellt sich auch manchmal ein. Magen- und Darm-Catarrh fehlen auf die Dauer nicht, sind wohl auch gleich vom Anfange zugegen und dem Grade nach sehr verschieden. Stärkere seröse Diarrhoe (diese häufiger) sowie vorübergehendes Erbrechen von schleimigen, wässerig gallichten (nicht urinös riechenden) Stoffen sind manchmal zu beobachten, und gewöhnlich ohne wesentlichen Einfluss auf den Gang des Prozesses. In anderen Fällen ist die Stuhlverstopfung anhaltend.

Bei ungünstigem raschem Verlaufe steigert sich der Hydrops (sowohl Anasarca als der der Höhlungen), die Menge des gelassenen Harnes nimmt ab, und es kommt bald früher, bald später, bald im gleichmässigen Steigen des Prozesses, bald nach einem scheinbaren Stillstande desselben zur Ausbildung von weiteren Exsudaten, die gewöhnlich ein rasches Ende herbeiführen. Am häufigsten ist es Lungen-Oedem, seltener Oedem des Gehirns, Peritonitis oder Pneumonie (plastische) etc., welche als nächste Ursachen des Todes hinzutreten.

Mit dem Ausbilden dieser Prozesse kommt es zu den ihnen eigenthümlichen Erscheinungen von Athemnoth, Rasselgeräuschen, Erbrechen, Convulsionen etc. (wie schon bekannt). Auch sollen derlei Kranke an Urämie sterben (vide I. Band). Hierüber habe ich keine eigene Erfahrung, und ich fand bei all' den Kranken, die ich mit Morbus Brightii zu beobachten und auf den Secirtisch zu begleiten Gelegenheit hatte, noch immer einen der oben angeführten Prozesse als Todesursache vor.

B. Die chronische Form

geht einmal aus der acuten scheinbar geheilten hervor, denn viele als geheilt von der acuten Form aus der Behandlung entlassene Kranke sind es nicht, sondern es geht allmählig der Prozess in den Nieren seinen Gang fort, ohne dass irgend welche Anhaltspunkte im Befinden des Kranken etc. gegeben wären, welche auf ein Kranksein schliessen liessen oder zur fortgesetzten Untersuchung des Harnes auffordern möchten.

Und ganz auf dieselbe Art entwickelt sich der gleich vom Anfange an chronisch zu Stande kommende Brightische Prozess, d. h. man weiss über sein Beginnen und seine oft bis zu hohen Graden gelangte Ausbildung klinisch nichts Bestimmtes zu sagen.

Die Brightische Nierenkrankheit wird Jahre lang herumgetragen, ohne dass hiedurch irgend welche Störung der Gesundheit, oder wenn sie secundär bei Herz-, Lungen- etc. Krankheiten zu Stande kommt, ohne dass eine auffallende Veränderung im Verlaufe dieser Prozesse zu beobachten wäre.

Man diagnostizirt diesen chronischen Vorgang der Nieren:

a) gelegentlich bei acuten Erkrankungen der damit behafteten Individuen an Pneumonie, Pleuritis, neuer Intermittens, an Typhus u. s. w. wenn man den Harn untersucht und von der gleich anzugebenden Qualität findet.

b) Wenn Herz- Lungen- Leber-Kranke oder Sieche nach Wechselfieber ärztliche Hilfe wegen anderweitiger Beschwerden suchen, oder wenn im Verlaufe dieser Leiden oder auch ohne ihnen Hydrops zur Ausbildung gelangt, und man in allen diesen Fällen den characteristischen Harn vorfindet.

Höhere Grade des Morbus Brightii führen wohl zu Hydrops, aber nicht immer geschieht dieses, oder in ganz unbestimmter Zeit ihres Bestehens, und gewöhnlich noch unter Mitwirkung anderer Schädlichkeiten, vorzüglich einer nasskalten Witterung und plötzlicher Verkühlungen; und so wie einerseits Morbus Brightii spurlos getra-

gen werden, und das Individuum an einer hinzutretenden acuten Erkrankung sterben kann, gesellt sich in anderen Fällen Hydrops hinzu, welcher im Vereine mit der eigenthümlichen Albuminurie verläuft, und das eigentliche Bild des chronischen Morbus Brightii der Autoren ausmacht.

Der Harn bei dieser chronischen Form wird zur Zeit, wo Hydrops ausgebildet ist, weniger, auch sehr wenig, ist blass von Farbe (stroh- oder grünlich-gelb), hat ein geringes specifisches Gewicht, ist arm an Harnstoff, Harnsäure (diese fehlt auch gänzlich), Salzen und Urophaein; das Uroxanthin ist immer stark vermehrt und der Harn führt grosse Mengen Eiweiss.

Das Sediment beim Stehenlassen ist nicht bedeutend und besteht aus Epithelien, fettig entarteten Epithelien, Detritus, Tripel-Phosphaten und wenigen Faserstoffgerinnsel. Uebrigens können die Faserstoffcylinder ganz fehlen, wie sie überhaupt im weiteren Verlaufe ganz verschwinden oder nur zeitweise zu finden sind, dasselbe gilt auch von den Epithelien; und nur der an Eiweiss sehr reiche Harn mit dem geringeren specifischen Gewichte, viel Uroxanthin etc. (ut supra) ist constant und täglich nachzuweisen.

Der Hydrops beobachtet die Ausbildung und den Verlauf so, wie bei der acuten Form. Fieber fehlt, die Individuen fallen rascher zusammen, sind im hohen Grad anämisch und haben einen grossen Durst. Catarrhe des Magens und der Bronchien sind gewöhnlich in verschiedenen Graden zugegen. Stuhlverstopfung fehlt fast nie, ist gewöhnlich hartnäckig, oder wechselt in einzelnen Fällen mit seröser Diarrhoe ab.

Der weitere Verlauf ist ganz unbestimmt, bei Herzkranken, Wechselfiebersiechen, Tuberculösen etc. gewöhnlich rasch tödtlich unter der Form von Oedem der Lunge etc. In den anderen mehr selbstständig (nach acuter Form oder nach Intermittens etc.) bestehenden Fällen zieht er sich in die Wochen und Monate hinaus, wird tödtlich wie die acute Form entweder durch das Hinzutreten von Oedem oder Entzündung, oder es geht der Hydrops rascher oder langsamer zurück, und das Individuum tritt in seine früheren Verhältnisse, ohne dass man sich über den eigentlichen Zustand der Niere einen hinreichenden Aufschluss geben könnte, selbst wenn auch kein Eiweiss mehr im Harne gefunden wurde, und er verfällt später wieder dem Hydrops oder einer hinzutretenden acuten Erkrankung etc.

Seröses Erbrechen und seröser Durchfall werden im

Verlaufe dieses Morbus Brightii öfters beobachtet, und als kritisch betrachtet, sie sind letzteres jedoch nicht in jedem Falle. Hirnhyperämien von unbestimmter Dauer mit und ohne Gefässaufregung treten hinzu, und wie sie in dem einen Falle langsamer oder rascher, doch vollends zurückgehen, führen sie im anderen zum chronischen Oedem der Hirnhäute oder zum raschen Hirnödem etc.

Auch Urämie soll manchmal die Ursache des Todes sein; ich habe jedesmal auch hier eine materielle Ursache des Todes nachweisen können.

Aetiologie, Ausgänge, Dauer.

Morbus Brightii ist seltener ein selbstständiger Prozess, und er wird als solcher acut durch Verkühlungen und durch directe Reizmittel: Canthariden etc. angeregt.

Nicht hohe Grade dieser Form verlaufen schnell und heilen wohl auch vollständig; höhere ziehen sich in die Länge, gehen unmerklich nach wochenlanger Dauer in die chronische Form über, oder werden innerhalb der ersten Wochen, seltener in den ersten Tagen auf die oben angegebene Weise tödtlich.

Secundär ist diese Krankheit häufiger u. z.

a) acut nach Scharlach und bei Intermittens am häufigsten; kann nach 14 Tagen bis einigen Wochen ganz heilen; ist nach Scharlach häufig schnell lethal; bei Intermittens am leichtesten für die Therapie zugängig, und in beiden Fällen des Chronischwerdens fähig.

Nach Typhus ist Morbus Brightii selten.

Das Vorkommen von Morbus Brightii bei Cholera ist ein häufiger Sectionsbefund, doch können die in diesen Leichen gefundenen Veränderungen in den Nieren mit Ausnahme der Hyperämie nicht alle als Folgen der Cholera aufgefasst werden; in keinem Falle jene, die bei im ersten Stadio Verstorbenen gefunden werden. Brightische Nieren werden Jahre lang spurlos getragen, und dann sterben die Individuen an intercurrirender Cholera, wie ein anderes Mal an Pneumonie. Nach dem Cholera-Anfalle kommt es wohl in vielen Fällen zu Veränderungen im Parenchym der Niere, aber auch diese sind nicht constant, und es treten gewiss oft genug zu schon kranken Nieren neue Veränderungen hinzu.

Uebrigens ist das Verhältniss der Nieren-Erkrankung nach der Cholera gerade so wenig noch aufgeklärt, wie das Wesen der Cholera überhaupt, es kann aber durchaus nicht allgemein als acute Brightische Krankheit derjenige Zustand aufgefasst werden, welcher dem Anfalle der Cholera folgt, und bis nun als Choleratyphoid bezeichnet wurde.

b) Der chronische Morbus Brightii bildet sich im Verlauf von Herzfehlern, Emphysem, Lungentuberculose, bei Intermittens, bei Säufern, etc. aus, wie dieses schon angegeben wurde.

Ueber dessen Dauer lässt sich gar nichts sagen; sie ist ganz unbestimmt, und nur die Geneigtheit zu acuten, meist tödtlich verlaufenden Prozessen scheint sehr gross zu sein. Von eigentlicher Heilung ist hier nicht die Rede; und es ist auch das Verhältniss nicht zu erklären, wie es kommt, dass auch ohne Hinzutritt acuter Leiden die Körper-Constitution auf dem Wege der hydropischen Cachexie einmal rascher und einmal langsamer untergraben, und in anderen Fällen hievon ganz verschont wird.

Die Complicationen sind theils bei der Aetiologie, vorzüglich aber bei den Organ-Erkrankungen im Verlaufe dieser Abhandlungen schon alle angegeben, und zugleich wiederhohlt angeführt worden, dass alle acuten specifischen und entzündlichen Krankheiten bei gleichzeitigen Morbus Brightii chronicus in der Mehrzahl ungünstig verlaufen.

Die chronischen Krankheiten des Herzens etc. werden durch das Auftreten von Hydrops mit Albuminurie ebenfalls rascher dem tödtlichen Ende zugeführt.

Ausnahmen hievon sind selten, wiewohl ich eine Lungentuberculose in ihren Ablagerungen stillstehen, und den Hydrops mit wechselnden Verlaufe seiner Stärke durch 2 Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte. Als sich die Kranke meiner Beobachtung entzog, waren die Mengen des Eiweisses im Harne noch immer bedeutend, und der Hydrops auf die geringsten Grade des Oedems der Füsse beschränkt.

Verwechslung.

Es handelt sich hier zunächst darum, dass nicht jeder Abgang von Eiweiss mit dem Harne gleich als Morbus Brightii zu deuten ist, denn es finden sich auch ohne diesem Leiden geringe Mengen von Eiweiss bei Typhus, Endocarditis, Exanthemen, Herzfehlern und Lungenkrankheiten, ferner bei Catarrh und Blutung der Harnwege.

Grössere oder grosse Mengen von Eiweiss, welche längere Zeit abgehen, die Abnahme der Salze, des Harnstoffes und der Harnsäure im Harne, die stärkere Vermehrung des Uroxanthins, und in den früheren Zeiten der Krankheit die Gegenwart von Faserstoffcylindern sind das Massgebende.

Bei chronischen Zuständen und beim selbstständigen chronischen Verlaufe ist Hydrops und Albuminurie (höheren Grades) zur Diagnose ausreichend.

Die Prognose ist bei der acuten Form nicht immer ungünstig; gut ist es, wenn die hydropischen Ansammlungen nicht zu gross, die Höhlen des Körpers davon geschont sind, und Eiweiss sowohl als Blutabgang ein geringerer ist.

Doch ist auch hier nicht mit Gewissheit auf einen besseren Verlauf zu rechnen, weil sich plötzlich die Sache ändern, oder doch in die Länge ziehen, und später einen ungünstigen Ausgang nehmen kann.

Zunahme des Hydrops und der Menge des Eiweisses in dem relativ weniger gewordenen Harne sind immer schlechte Zeichen, und noch schlechter, wenn auch nicht ganz sicher für den schnell tödtlichen Ausgang sind die Zeichen der Hirnhyperämie, des beginnenden Lungenödems etc.

Die günstigste Prognose gestattet noch Morbus Brightii bei Intermittens, namentlich am Anfange seiner Ausbildung, oder wenn die Constitution des Kranken noch nicht sichtlich gelitten hat. Bei keiner anderen Form leistet die Therapie so Augenfälliges als hier.

Der chronische Morbus Brightii wird nicht geheilt, und wenn auch Jahre lang ohne Spur vertragen, erlaubt er selten eine andere als sehr zweifelhafte Prognose, sei es, dass man beim Auftreten eines acuten Leidens oder durch Hydrops auf seine Gegenwart aufmerksam gemacht wird; und nur die nach Intermittens chronisch zu Stande kommenden Fälle gewähren noch die meiste Aussicht auf bleibendere Besserung und auf raschere Beseitigung des lästigen und schwächenden Hydrops etc.

Therapie.

Bei den acuten Fällen ist das Regime ein strenges, die Therapie Anfangs antiphlogistisch.

Die Anwendung von Schröpfköpfen in die Nierengegend, wenn nicht schon starkes Oedem dieser Gegend zugegen ist, schleimige ölige Mittel als Getränk, und nach Umständen Calomel, Ricinus-Oel oder Klystiere als Abführmittel sind angezeigt.

Bei den durch Verkühlung entstandenen versucht man weiters den Tartarus emeticus, die Präparata Ammonii, Jodkali, die Salpetersäure, man lässt den Kranken in nasse Tücher legen, oder was besser ist, mit Oel einreiben und in Kotzen einschlagen.

Der Brightische Prozess bei Intermittens erfordert eine energische Unterdrückung neuer Anfälle durch Chinin, und braucht häufig ausser guten Regime und Oeleinreibungen (wenn schon Hydrops ausgebildet ist) nichts weiter.

Wurden Reizmittel gebraucht: Canthariden, Copaiva etc. so müssen diese ausgesetzt werden, und nach dem Gebrauche von Canthariden ist auch Campher in Oelmixtur bei höheren Graden nicht zu versäumen.

Nach Scharlach vergesse man auf die Speck- oder Oeleinreibungen nicht.

Gleichzeitig sich ausbildende Hyperämien, Oedem der Lunge etc. werden so behandelt, wie es schon angegeben wurde.

Die chronische Form ist da Gegenstand einer eigenen Behandlung, wo sich die Ausbildung von Hydrops hinzugesellt; und gewöhnlich erreicht man auch mit Abnahme des Hydrops eine wesentliche Abnahme des Albumens im Harne.

Die zur Heilung dieses Prozesses vorgeschlagenen Mittel sind sehr verschieden, und sie sollen theils auf directe Weise auf die Nieren-Capillarität wirken, theils bloss die Secretion des Harnes bethätigen, theils die Thätigkeit der Haut anregen etc.

Verlässlich hiebei ist keiner dieser Wege, keines der angelobten Mittel, und man versucht gewöhnlich eines nach dem anderen, ohne sich eine besondere Indication hiefür stellen zu können.

Die einzige sichere Therapie ist die Behandlung mit Chinin (manchmal gleichzeitig mit Eisen) in den nach Intermittens auftretenden Formen.

Gute Erfolge leisten in manchen anderen Fällen die Einreibungen mit Oel mit darauf folgenden Einwickeln des Kranken; ferner der Gebrauch von leichten diuretischen Mitteln: radix armoraceae in Decocto mit Zucker, Zwiebel, Kali aceticum, Juniperus, Zitronen, gewässerten Wein.

Gelobt wird ferner die Salpetersäure, das Einathmen von Sauerstoffgas, das Jodkali, die Digitalis, die Urea pura und nitrica; stärkere Diuretica, Drastica, Tannin etc.

Aeusserlich warme Bäder, Dampfbäder, Schwefel-Kali-Bäder, Räucherungen etc. etc.

Symptomatisch werden Hyperämien etc. behandelt; ebenso sucht man allenfallsiges Erbrechen durch Eis, Eiswasser zu mildern, und man muss selbst manchmal die seröse Diarrhoe durch Pulvis Doweri oder Opium zu stillen trachten.

Ueber Regime gilt das bei der chronischen Form, was schon bei Hydrops gesagt wurde; wenn es der Magen verträgt, so ist der Kranke zu nähren etc.

Nach beseitigtem Hydrops soll sich der Kranke vor Verkühlung

schützen, soll warme Kleider, Flanell tragen; Dampfbäder gebrauchen u. s. f.

Albuminurie d. h. Eiweissharnen, wobei mässige Quantitäten Eiweiss durch nicht lange Zeit ausgeschieden werden, und wobei die übrigen Zeichen des Morbus Brightii fehlen, kommt wie oben gesagt, bei verschiedenen Zuständen als accessorische Erscheinung vor.

II. Umschriebene Entzündung der Nieren, die eigentliche Nieren-Entzündung.

Nephritis, Nephritis acuta mit dem Ausgange in Eiterung oder der Bildung einer harten Schwiele mit narbiger Einziehung der Oberfläche kommt gewöhnlich in kleineren Heerden vor; von welchen die Eiterheerde wohl auch zu grösseren zusammenfliessen, und in welchen manchmal selbst das ganze Gewebe der Nieren untergehen kann.

Sie kommt vor neben Morbus Brightii, ferner bei Endocarditis, bei Pyämie, bei Nierensteinen.

Von Diagnose kann nur die Rede sein, wenn sich der Abscess nach vorgängiger Anwachsung der Nierenkapsel nach Aussen öffnet; oder wenn mit dem oben angegebenen Harne (bei Morbus Brightii) Eiter entleert wird. Der aus den Nieren kommende Eiter ist im fein vertheilten Zustande dem Harne beigemischt, sedimentirt als lockeres Pulver, und es ist das Sediment entweder voluminös (viel Eiter) oder nicht.

Bei Vereiterungen durch Nierensteine dauert der Abgang von Eiter lang, in die Monate und Jahre, und es ist die jedesmalige Menge gering.

Die Diagnose auf Gegenwart von Eiter kann nur durch das Mikroskop gemacht werden; und das Fehlen von schleimigen, klumpigen Massen im Sedinente, so wie die oben angegebene saure Beschaffenheit des Harnes sichern weiter die Diagnose vor Verwechslung mit Blasen-Catarrh.

Catarrh des Nierenbeckens und der Harnleiter kommen mit Catarrh der Harnblase häufig vor.

Croupöses Exsudat findet sich hier bei ähnlichen Prozessen anderer Schleimhäute.

Die Entzündung der Nierenkapsel, Perinephritis ist ein secundärer bei anderen Krankheiten der Niere vorkommender Prozess.

Die Cysten in den Nieren kommen im Verlaufe des Morbus Brightii vor, sie sind oft sehr zahlreich und klein; grössere entstehen durch das Zusam-

menfliessen der kleineren. Manchmal ist das Volumen der Nieren dabei bedeutend vergrössert.

Hydronephrose, Hydrops renum, Wassersucht der Nieren ist der Zustand, wo in Folge von Verengerung und Verschliessung der Harnleiter, die Niere durch Erweiterung des Nierenbeckens und der Kelche so wie durch gleichzeitigen Schwund der Substanz in einen wasserhältigen Sack umgewandelt wird. Gewöhnlich wird dabei die andere Niere vergrössert. Nur bei bedeutender Grösse dieses hydropischen Sackes könnte er sich als fluctuirende Geschwulst in der Lendengegend durchfühlen lassen.

Speckniere kommt nebst Speckleber vor; und wird aus der Albuminurie, welche mit der Speckleber besteht, diagnostizirt.

Die Tuberculose der Nieren ist entweder eine miliare, gleichzeitig mit anderer Miliartuberculose vorkommende; oder sie ist eine Theilerscheinung einer über das ganze Harn- und Geschlechtssystem verbreiteten Tuberculose; diese geht von der Schleimhaut aus, setzt sich im Parenchym der Niere allmählig zur Peripherie fort, und führt zur tuberculösen Vereiterung der Niere.

Krebs der Niere (am häufigsten Carcinom) ist gewöhnlich ein secundärer Prozess, und erreicht gelegentlich eine bedeutende Grösse.

Die vergrösserte Niere kann sich als höckerige schmerzhafte Geschwulst darstellen; der Harn kann viel Eiweiss, später Blut, Krebstrümmer, Krebszellen führen. Die Krebs-Cachexie und andere Ablagerungen fehlen nicht.

III. Nierenblutung, Nephrorrhagia, Haematuresis renalis.

Nebst dem, dass bei Morbus Brightii in dessen acuten Verlaufe Blutharnen stattfinden, wo das Blut aus den Nieren kommt und der Harn die oben angegebene Beschaffenheit darbietet, können Blutungen aus der Niere nach Aussen auch bei destructiven Krankheiten der Nierensubstanz vorkommen; in welchem Falle nebst den diesen Prozessen angehörigen Stoffen: Eiter etc. zeitweise Blutharnen stattfinden kann; endlich kommen Blutungen aus der Niere bei normaler Textur des Organs im Gefolge des Scorbuts, vorzüglich bei dessen acuteren, fieberhaften Verlaufe (dem sogenannten putriden Charakter) in Combination mit Typhus, Exanthemen etc. vor.

Bei der Nierenblutung in diesen Fällen ist der Harn gleichmässig blutig (dunkler oder lichter etc.) gefärbt, und beim Lassen auch gleichmässig trüber. In der Ruhe setzt sich ein lockeres Sediment ab, von verschiedener Menge und Dichtigkeit, welches mikroskopisch untersucht sich aus Blutkörperchen bestehend darstellt. Der Harn hat nicht mehr Eiweiss, als der Menge des Blutes proportionell ist, ist ferner sauer von Reaction und bietet auch nicht die übrigen Zeichen wie bei Morbus Brightii.

Diese Blutungen sind im Verlaufe acuter Erkrankungen ein sehr ungünstiges Zeichen, kommen gewöhnlich nur bei sehr rapid verlaufender Dissolution, daher vorzüglich am Anfange acuter Prozesse, wo diese in sonst scorbutischen Individuen sich ausbilden, vor. Im Verlaufe des chronischen Scorbuts sind sie selten, seltener hochgradig und haben nicht immer diese üble Bedeutung.

Therapie ist die des Scorbuts, nebstbei wird Alaun, Tannin etc. gegeben.

IV. Entzündung der Harnblase, Cystitis.

Selten kommen croupöse Prozessse auf der Schleimhaut, und immer nur secundär vor.

Selten wird das umliegende Zellgewebe (Pericystitis) der Sitz von Entzündung, und es kann hier gelegentlich zur Abscessbildung kommen.

Locale Peritonitis ist hier nicht häufiger, und verläuft mit den gleichzeitigen Zeichen des Blasen-Catarrhs.

Die häufigste Form ist der Catarrh der Blasenschleimhaut; er kommt acut, aber auch chronisch zu Stande; und hat verschiedene Grade der Ausbreitung.

Die geringsten Grade des acuten Catarrhs am Blasenhalse geben sich zu erkennen durch häufigen selbst fortwährenden Harndrang, der Harn wird nur wenig abgesetzt, und ein schmerzhafter Zwang folgt jeder Entleerung. Der Harn ist trübe, führt viel Epithelium und Schleimkugeln, auch Eiterkörperchen. Gelegentlich gehen zu Ende des Harnlassens kleine, geronnene, klumpige Schleimmassen ab, welche sich am Boden des Gefässes niederschlagen, ebenso gehen Blutgerinnsel mit dem Schleime ab; oder es wird flüssiges oder geronnenes Blut in kleiner Menge mit schmerzhaften Drängen nach dem Harne abgesetzt.

Mancherlei schmerzhafte Gefühle in der Blasengegend, am Mittelfleische fehlen nicht, und werden durch äussern Druck, durch Sitzen, Reiten etc. gesteigert.

Bei höheren Graden, grösserer Verbreitung ist nebst dem schmerzhaften Drang und Zwang mehr zeitweise, oder anhaltende Harnverhaltung zugegen, auch können sich Anfälle von Blasenkrampf hinzugesellen; die Blase ist stark ausgedehnt, in die Bauchhöhle hinaufsteigend, und kann daselbst durch den leeren Percussionsschall, so wie durch ihre Gestalt etc. nachgewiesen werden.

Grosser Schmerz bei Berührung der Blase, Fieber, symptomatisches Erbrechen, Schmerz der Hoden etc. begleiten die höheren Grade.

Der Harn wird alcalisch gelassen, ist sehr trübe, führt Schleim in dickflockigen oder klumpigen Massen, mit Beimischungen von Blut und Eiterkörperchen, enthält viel kohlensaures Ammoniak', und im Sedimente findet sich viel Tripelphosphat und auch harnsaures Ammoniak.

Diese Beschaffenheit des Harns, sowie die mannigfachen bereits angegebenen schmerzhaften Empfindungen und Hindernisse der Harnentleerung zeichnen den chronischen Catarrh aus, der ein sehr wechselndes Verhalten der einzelnen Symptome beobachtet.

Aetiologie.

Blasen-Catarrh entsteht acut am häufigsten in Folge von Tripper, des Missbrauches von Cubeben, Canthariden etc. — selten im Verlaufe acuter catarrhalisch-rheumatischer Prozesse. Der chronische entsteht in Folge von Harnröhren Verengerungen, Blasensteinen, Rückenmarkskrankheiten, und begleitet den Krebs der Blase, Krankheiten der Niere etc. etc.

Weitere mechanische Ursachen der Blasenentzündungen sind Druck, Stoss, Verletzungen, ungeschickte Application des Catheters, langes Liegenlassen desselben etc. etc.

Ausgänge.

Der Blasen-Catarrh kann vollständig heilen, sobald er nicht durch unheilbare Ursachen erzeugt, nicht zu lange besteht, und vielleicht nicht schon unheilbare Folgeübel: Verdickung und Divertikelbildung der Blase gesetzt hat. Als weitere Ausgänge des Catarrhs sind anzuführen: die Bildung von Harnsteinen, Harnfisteln, Vereiterungen, selbst Gangrän der Schleimhaut; bleibendes Unvermögen den Harn zu halten etc. etc.

Berstungen der Blase, Perforation derselben mit tödtlicher Peritonitis, Harnverhaltung mit folgender Urämie sind mögliche Folgen der Blasen-Entzündungen.

Therapie.

Beim acuten Catarrh müssen entfernbare Ursachen (Cubeben, Canthariden) entfernt werden, reizlose Nahrung und schleimige oder bloss wässerige Getränke gestattet, und ein dem Falle anpassendes Regime beobachtet werden.

Die Therapie besteht in der Darreichung von Mandelmich, Leinsamen-Abkochung mit Extractum Hyosciami oder Opium, wenn

das krampfhafte und schmerzhafte Drängen stärker ist; in der Anwendung von warmen Umschlägen und Bädern.

Auch örtliche Blutentziehungen können nothwendig werden; und in den nach Canthariden-Gebrauch entstandenen Fällen gibt man Campher.

Besser als die schleimigen und narkotischen Mittel ist bei den gewöhnlichen Graden von Harndrang und Ischurie, wie sie den Catarrh begleiten, das schwache Decoctum der folia uvae ursi; es wird einigemal des Tags und längere Zeit hindurch fortgenommen, und reicht häufig nebst guten Regime und passender Diät vollständig zur Heilung aus.

Einspritzungen in die Blase mit lauem Wasser und die fleissige Entleerung des Schleimes auf diesem Wege soll auch günstige Resultate erzielen lassen.

Höhere Grade von Harnverhaltung machen chirurgische Hilfe nothwendig; und es ist mit dieser nicht zu lange zu warten (vide Chirurgie).

Bei chronischem Catarrh, wo die symptomatische und die Behandlung der Ursachen eine sehr verschiedene ist, und erstere sich auf chirurgische Hilfeleistung bei Harnverhaltungen, auf Beschwichtigung der Blasenkrämpfe (durch Folia uvae ursi, Narcotica, Bäder etc.) bezieht, werden gegen den Catarrh als solchen mehr adstringirende Mittel innerlich und äusserlich (als Injection) angewendet: Kalkwasser, Lösungen von Alcalien, Eisen-Präparate, (die Tinctura ferri muriatici 15—24 Tropfen einigemal des Tags etc.) Terpenthin, Copaiva, Jod, Lapis infernalis etc.

Die sogenannten Blasen-Hämorrhoiden unterscheiden sich nicht wesentlich in den Symptomen von den verschiedenen Graden des Catarrhs der Blase; Harndrang, Harnzwang, Abgang von Schleim oder Blut etc. etc. sind die localen Zeichen. — Man diagnostizirt selbe, wenn diese Symptome mit den Erscheinungen der Hämorrhoidalkrankheit zusammenfallen, zeitweise kommen und mit den Zuständen der Mastdarmvenen gleichzeitig oder abwechselnd bestehen.

V. Blasenblutung, Haematuria vesicalis. Cystorrhagia.

Nebst den Blutungen nach traumatischen Einwirkungen können solche bei Geschwüren, Krebs, anderen Krankheiten der Blase und der Umgebung, nach der heftigeren Wirkung von Canthariden ferner bei Scorbut etc. vorkommen; und es kommen endlich auch Blutungen aus der Harnblase vor, welche sich auf keines der genannten ätiologischen Momente zurückführen lassen.

Diese Art Blutharnen wird nach den genannten Umständen von verschiedenen Symptomen der Blasenkrankheiten etc. begleitet; es können aber auch alle anderen Zeichen fehlen, und nur ein mässiger Harndrang geht der Blutentleerung voraus.

Das aus der Blase kommende Blut geht manchmal in grösserer Menge fast rein oder mit Urin gemischt ab; es kann ganz flüssig oder theilweise geronnen sein; es ist dem Harne nicht so innig beigemischt wie bei der Nierenblutung, gerinnt beim Stehenlassen im Gefässe, und fällt als ein geronnenes Blut oder mit Schleim mit Epithelien gemischt zu Boden.

Die Beschaffenheit des Harnes ist nach den weiteren Umständen verschieden, entweder ist der Harn normal, oder was häufiger und immer dann der Fall ist, wenn die Blutung einige Zeit dauert, er nimmt die Beschaffenheit an, wie beim Catarrh der Blase, weil sich dieser leicht zur Blutung hinzugesellt.

Die Einführung des Catheters und Injectionen mit Wasser (welches mit Blut von obiger Beschaffenheit zurückfliesst) sichern die Diagnose dieser Blutung am meisten.

Die Prognose dieser Blutungen ist nach den verschiedenen Zuständen verschieden; ich habe sie wiederholt bei jungen Leuten ohne weiterer Bedeutung, und wenn auch hochgradig, so doch ganz selbstständig und von kurzer Dauer beobachtet.

Die Behandlung ist die anderer Blutungen; nur muss hier die Anwendung adstringirender Mittel nach Umständen durch Injection geschehen, und in anderen Fällen eben auf diese Art für vollständige Entleerung des in der Blase angesammelten Blutes Sorge getragen werden (Chirurgie).

VI. Blasenkrampf, Cystalgia, Cystodynia.

Ist ein heftiger, zusammenschnürender Schmerz in der Blasengegend, welcher in periodischen Anfällen von verschiedener Dauer erscheint, und in heftigeren Graden mit anderen Schmerzen und Krämpfen combinirt sein kann.

Ein starkes Harndrängen und Harnverhaltung begleiten gewöhnlich den Schmerz; und letztere setzt sich selbst über die Zeit der Anfälle hinaus fort.

Dieser Schmerz erscheint gewöhnlich bei Krankheiten der Blase, der Harnröhre, Prostata, des Uterus etc. — kommt aber gelegentlich als mehr reine Neurose nach dem Genusse junger saurer

Weine und Biere und nach Verkühlungen vor; er macht wohl auch nur vereinzelte Anfälle, die sich unter vollständiger Entleerung der Blase sofort beheben. Nach Verkühlungen kann er auch einige Zeit mit verschiedener Anzahl der Schmerzanfälle fortdauern, wird nicht von Fieber begleitet, die ausgedehnte Blase ist gegen Berührung nicht empfindlich; die Anwendung des Catheters dagegen erregt neue Schmerzanfälle; der wie immer entleerte Harn, wenn er nicht lange zurückgehalten war, ist von normaler Beschaffenheit, der Stuhl dabei verstopft.

Diese Art Krämpfe sollen auch bei Hysterischen, Hypochondern und nach Gemüths-Affecten vorkommen.

Die Behandlung weicht von der anderer Neurosen nicht ab: Wärme, Narcotica etc.; nur muss bei längerer Verhaltung des Harnes für dessen künstliche Entleerung gesorgt werden.

Nach dem Genusse junger Biere oder saurer Weine stellt sich manchmal ein häufiger Drang zum Uriniren ein, wobei die Entleerung des Harns nur sparsam und mit schneidenden Schmerzen erfolgt, man nennt diesen Zustand die kalte Pisse, auch Harnrinde.

VII. Blasenlähmung, Atonia seu Paralysis vesicae urinariae.

Sie erscheint als Harnverhaltung (Ischuria) oder als unwillkührliches fortwährendes Harnen (Enuresis), je nachdem der Detrusor allein oder auch der Sphincter gelähmt ist.

Als rein nervöser Zustand kommt diese Form bei Hirn- und Rückenmarksleiden oder bei Schwäche der Blase vor, und es besteht die Lähmung des Detrusor häufig längere Zeit in verschiedenem Grade fort, und geht dann in Lähmung des Sphincters über; daher Anfangs Harnverhaltung, später Enuresis, vorzüglich bei Rückenmarksleiden und mehr localen Ursachen der Blasenlähmung ist dieses so der Fall.

Die Blasenlähmung für sich kommt dem höheren Alter zu, und ist bei Männern häufiger. Ihre Ausbildung wird unterstützt durch gewaltsames Zurückhalten des Harnes beim Bedürfnisse denselben zu entleeren, durch nicht vollständige Entleerungen der Blase, durch vorausgegangene Krankheiten der Blase, der Harnröhre, durch Missbrauch von Diureticis und geistigen Getränken, durch Abusus Veneris etc. etc.

Die Lähmung des Blasenhalses (Enuresis paralytica) bleibt zu weilen nach schweren Geburten oder nach zu starker Ausdehnung

der Blasenmündung durch Steine und fremde Körper zurück, (Canstatt).

Die Grade der Verhaltung (und der consecutiven Ansammlung von Harn) sind verschieden; und somit auch die dadurch bedingten Zufälle; der Harn wird in der Folge nie mehr vollends entleert; selbst wenn es später zur Enuresis kömmt, weil sich inzwischen Divertikeln in der Blase gebildet haben etc.

Die Therapie besteht in der Kräftigung durch kalte Douche, kalte Waschungen, Einspritzungen, flüchtig reizende Einreibung des Rückens, der Blasengegend, der Anwendung von Electrizität, Canthariden, Strychnin etc. etc.

Bei paralytischer Harnverhaltung ist die fleissige Entleerung der Blase durch den Catheter und kalte Einspritzungen die Hauptsache; und bei Enuresis muss bald für einen Harn-Recipienten gesorgt werden, damit dem lästigen Gestanke, den solche Kranke verbreiten, der Ausbildung von localen Eczemen und der Verunreinigung der Kleider etc. vorgebeugt werde.

Hieher gehört auch das nächtliche Einpissen der Kinder, Enuresis nocturna.

Dieser Harnfluss findet nur des Nachts Statt, nachdem die Kinder am Tage und vor dem Schlafengehen den Harn ganz normal entleeren.

Gewöhnlich geht der Harn in den ersten Stunden des Schlafes unwillkührlich ab; die übrige Nacht schläft das Kind oder wird, wenn es nöthig ist, wieder durch das Bedürfniss zum Harnabsetzen geweckt.

Diese Art Enuresis ist weder in Constitutions- noch in Organ-Erkrankungen begründet; kommt bei Kindern bis zum 7. Jahre am häufigsten vor, und hört nach dem 12. Jahre von selbst auf.

Das geeignetste Mittel zur Abgewöhnung ist, dass man das Kind kurz vor der Zeit, wo das Pissen sich einstellt, oder einigemal des Nachts aufweckt und uriniren lässt. Das schmerzhafte Aufwecken mittelst Ruthenstreichen soll auch ecclatante Erfolge aufzuweisen haben.

Ferner gibt man Extractum Belladonnae, Tinctura nucis vomicae, Extractum nucis vomicae, Tannin, Nux vomica mit Eisen etc. etc.; und zwar diese Mittel bei geschwächten anämischen Kindern, wo das angegebene Regime nicht ausreicht.

VIII. Zuckerharnruhr. Diabetes mellitus.

Hierunter versteht man eine ungewöhnliche Vermehrung der Harnabsonderung, wobei der Harn mehr weniger reich an Zucker ist.

Geringe Mengen Zuckers kommen auch gelegentlich bei anderen Zuständen vor, können selbst längere Zeit ausgeschieden werden; bei der sogenannten Zucker-Harnruhr sind die Mengen des Zuckers bedeutender, und gleichzeitig ist die Harnabsonderung vermehrt.

Das Wesen dieses Leidens ist nicht bekannt, und wird theils in fehlerhafter Verdauung (wo die weitere Umsetzung des aus der Nahrung bereiteten Zuckers nicht stattfindet), in fehlerhafter Oxydation des Blutes in den Lungen oder in krankhaft gesteigerter Function der Nieren etc. gesucht. Ein bestimmter materieller Befund für das Leiden kann nicht nachgewiesen werden; und am seltensten fällt es mit einer organischen Erkrankung der Nieren zusammen. Häufig ist das Zusammenfallen mit Lungentuberculose, aber auch hier ist das Verhältniss nicht näher aufzuklären, man findet die Harnruhr bei schon vorgeschrittener Tuberculose, auch soll sich zum Diabetes Tuberculose hinzugesellen.

Man wird zunächst durch die grosse Menge eines lichten Harnes vom hohen specifischen Gewichte auf die Gegenwart von Zucker in demselben aufmerksam gemacht.

Der Harn bei Diabetes wird in grosser Menge (einige auch mehrere Pfunde des Tages) gelassen, ist blass, blassgelblich, hat ein hohes specifisches Gewicht 1,030 bis 1,060, und führt viel Zucker. Seine sonstigen Bestandtheile können normal sein, oder in ganz unbestimmten und wechselnden Verhältnissen von der Norm abweichen.

Der Kranke leidet dabei an grossen Durst, der ihn vorzüglich bei Nacht quält; hat einen grossen Hunger, vorzüglich nach Brod und groben Mehlspeisen; magert ab, und die übrigen Secretionen sind unterdrückt, daher die Haut trocken, spröde, mit abschilfernder Epidermis; der Stuhl selten und hart. Die Geschlechtsfunction soll gänzlich erlöschen; Verstimmung des Gemüthes, Schwäche der Sinne, vorzüglich des Gesichtssinnes, und in weiteren Verlaufe können die Zeichen des Scorbuts, des Hydrops oder der Tuberculose hinzutreten.

Natürlich ist die Form eine andere dort, wo man bei schon ausgebildeter Tuberculose und deren Fortschreiten diese krankhafte Zuckerentleerung vorfindet.

Auch soll der Harn in einzelnen Fällen reich an Eiweiss gefunden worden sein.

Die Aetiologie ist, wie gesagt, nicht bekannt; man beschuldigt eine schwelgerische und eine dürftige Lebensweise, den ausschliesslichen Genuss mehliger oder säuerlicher Speisen, junger Weine etc., feuchtkaltes Klima, die Tuberculose der Lungen etc. — Das männliche Geschlecht soll häufiger hieran leiden, besonders in den mittleren und höheren Lebensjahren.

Der Verlauf ist chronisch, und es soll sich diese Harnruhr da, wo die Verdauung noch kräftig fortdauert und dem Verfalle der Constitution entgegen zu wirken im Stande ist, in die Jahre fortziehen, mit verschiedener Ab- und Zunahme der entleerten Zuckermengen.

Die Ausgänge sind bereits angegeben, Heilung soll selten sein, und es wird dieselbe auch ganz in Zweifel gestellt.

Die Prognose ist daher da, wo dieser Zustand mit oder ohne anderen Leiden längere Zeit fortbesteht, immer eine ungünstige.

Die Therapie hat bis jetzt keine besonderen Resultate aufzuweisen. Man stellt sich die verschiedensten Indicationen, und kommt mit den verschiedensten Mitteln und Diät-Anordnungen zu keinem Ziele.

So soll man die Verdauung kräftigen, jene Nährmittel entziehen, welche zur Bereitung des Zuckers dienen, und die anderen Secretionen (der Haut, des Darmes) anregen, um die Harnabsonderung zu mässigen.

Vorwaltend animalische Nahrung: Fleisch, Fische, Fette, ferner Gemüse und feines Brod mit wenig Getränk sollen die Diät ausmachen.

Innerlich werden zu geben versucht die verschiedenen Amara und Adstringentia (vorzüglich Ochsengalle, Eisen); ferner Alcalien: Kalkwasser, Soda, Ammonia pura liquida, verschiedene Mineralwässer; auch die Balsamina, so wie Canthariden, Creosot, Opium etc. wurden gegeben.

Turnen, Baden, Dampfbäder, warme Kleider, Flanell am blossen Leib getragen, sollen die Kur unterstützen.

Den Durst soll Creosot (2 — 5 Tropfen in ein Glas Wasser) vermindern; ebenso wird zu demselben Zwecke: Eis, Wasser mit Wein, mit Rhum, Brausepulver und vegetabilische Säuren vorgeschlagen.

Hydrurie, Polyuria simplex, Vielharnen, auch Diabetes insipidus ist der Zustand, wo viel Harn ohne Zucker entleert wird; grosser Durst begleitet den sonst nicht näher bekannten Zustand. Soll manchmal der Zuckerharnruhr vorausgehen.

Azoturie, Vermehrung des Harnstoffes im Harn;

Oxalurie, Harn mit oxalsauren Kalk;

Hippuria, Vielharnen mit grösseren Mengen von Hippursäu re im Harn etc. Wurden manchmal beobachtet, sind aber bis jetzt für den practischen Nutzen nicht zu verwerthen.

IX. Harnsteine und Harnsand, Urolithi, arena urinaria, Harnsteinkrankheit, Urolithiasis.

Die Harnsteine sind ihrer chemischen Zusammensetzung nach verschieden.

Die häufigsten sind:

a) Die harnsauren Steine (Uratsteine), sie bestehen aus Harnsäure oder harnsauren Ammoniak oder aus der Verbindung beider; sind hart, schwer, braunroth oder grauweiss von Farbe und gewöhnlich von platter Oberfläche.

b) Die phosphorsauren Steine (Phosphatsteine) bestehen vorzugsweise aus Tripelphosphaten und etwas phosphorsauren Kalk; sind leicht zerreiblich, nicht schwer, gewöhnlich gross, weisslich oder graulich von Farbe, und haben entweder eine platte oder sandig-rauhe Oberfläche.

c) Die oxalsauren Steine (Oxalatsteine) bestehen aus oxalsauren Kalk; sie sind die härtesten und schwersten, haben gewöhnlich eine dunkle Farbe und eine höckerige, warzige, stachlige Oberfläche, wesswegen sie auch Maulbeersteine genannt werden.

d) Selten sind die Steine aus Cystin, kohlensauren Kalk etc.

e) Harnsand, Harngries (arena urinaria) sind kleine weissliche oder röthliche crystallinische Körperchen, welche wie feines Pulver aussehen, und unter dem Messer knirschen, oder stecknadelkopfgross sind, ein griesähnliches Aussehen haben, und so wie die Harnsteine aus Harnsäure, Phosphaten, oxalsauren Kalk etc. bestehen.

Manche Steine bestehen nicht aus einer gleichmässigen Masse, sondern sind aus concentrischen Schichten von verschiedener chemischer Beschaffenheit zusammengesetzt; man nennt sie die gemischten. Die Urate machen gewöhnlich den Kern, die Phosphate die

peripherischen Schichten; oder es findet sich oxalsaurer Kalk in der Mitte.

Harnsaures Natron und kohlensaurer Kalk können sich auch beigemischt finden; sowie andererseits immer ein Antheil von organischen Stoffen: Schleim, Albumin, Extractivstoffe etc. darin gefunden werden.

Die Grösse, Form und Anzahl der Harnsteine ist sehr variabel.

Aetiologie.

Harnsteine sind bei Männern häufiger und zwar in späteren Jahren. In manchen Gegenden ist ihr Vorkommen häufiger, und man bringt diess auf Rechnung des Trinkwassers, der Weine, der sonstigen Lebensweise etc.

Die Bildung der Harnsteine fällt einerseits mit dem Ueberschusse an Harnsäure zusammen, somit mit den bei der Gicht angegebenen ursächlichen Verhältnissen.

Scrophulöse und rhachitische Individuen disponiren zur Bildung von oxalsauren Steinen.

Die phosphatischen Schichten und reine Phosphatsteine entstehen grösstentheils in der Blase, wo sich diese Salze aus dem zersetzten Harne niederschlagen.

Ursache der Zersetzung (Alcalescenz des Harnes), und beziehungsweise das Centrum der weiteren Crystallisation können sein: in die Blase gelangte Harn- und oxalsaure Steine oder andere fremde Körper; chronischer Catarrh der Blase, Gerinnungen von Blut, Eiter daselbst etc.

Die Zufälle, welche mit der Harnsteinbildung einhergehen, sind nur solche, welche die Steine durch ihre Grösse und Lage hervorbringen; andere Symptome gehen weder der Bildung von Steinen voraus, noch begleiten sie dieselbe; und wenn Steinbildung mit Gicht, Rhachitis etc. zusammenfällt, so ist hierin kein nothwendiger Causalnexus zu suchen.

Die Diagnose dieser Concrementen-Bildung ist darum nur dann sicher, wenn Gries oder kleinere Steine abgehen, oder ein Harnstein durch genauere Untersuchung in der Blase nachzuweisen ist.

Harnsand kann ohne alle Beschwerden abgehen, oder dieses von mannigfachen Schmerzen in der Nierengegend, in der Blase, der Harnröhre begleitet sein. Dieser Abgang kann Jahrelang bestehen, ohne dass es zur wirklichen Steinbildung kommt.

Nierensteine, Calculi renales, können nach ihrer Grösse,

Lage und der Schwierigkeit der Fortbewegung mannigfache Zufälle, theils transitorische, theils bleibende erzeugen; aber auch mit und ohne consecutiven Folgen an Ort und Stelle mehr leicht und spurlos vertragen werden.

Zu den durch sie erzeugten Zufällen gehören: Anfälle heftiger Schmerzen in der Nierengegend (Nierenkolik, Nephralgia), welche von verschiedener Dauer und Anzahl sein, und von verschiedenen anderen Symptomen: Harndrang, Harnverhaltung, Erbrechen etc. begleitet werden können. Ohne und mit solchen Anfällen kann es zur Nieren-Eiterung, zum Eiter-, Blut- und Eiweissharnen kommen.

Die in den Harnleitern stecken bleibenden Steine können Verstopfung, Entzündung, Eiterung etc. hervorbringen.

Alle diese Zufälle können langsamer oder schneller verlaufen, mit dem späteren Abgange des Steines behoben oder gemässiget werden etc.

Die nähere Diagnose dieser Schmerzen und Eiterungen etc. ist aber nicht möglich, wenn nicht neben ihnen kleinere Concremente zeitweise abgehen, oder ein grösserer Stein in der Blase aufzufinden ist.

Die Rückwirkung auf den Organismus ist ebenfalls eine ganz verschiedene; und es lässt sich hierüber, sowie über Prognose im Allgemeinen nichts Bestimmtes sagen.

Steine in der Blase, Calculi vesicae urinariae bringen auch nach ihrer Grösse, Lage etc. verschiedene Symptome und Zufälle hervor. Die Diagnose kann aber nie hieraus, sondern nur durch genaue Untersuchung mittelst Finger und Sonde festgestellt werden (Chirurgie).

Therapie.

Grössere Harnsteine sind bis jetzt der sogenannten auflösenden (chemischen) Methode unzugängig, und müssen da, wo es möglich ist (aus der Blase) auf chirurgischem Wege entfernt werden.

Von einer anderen Therapie (diätischen und arzneilichen) kann nur die Rede sein, wenn kleinere Concremente abgehen, und die Bildung grösserer zu verhüten getrachtet werden muss; und da kann die Wahl der Mittel manchmal durch die Beschaffenheit des Harns, ob er reich an Harnsäure oder alkalisch etc. ist, bestimmt werden.

Bei überwiegender Harnsäurebildung gilt bezugs der Diät das bei Gicht Gesagte; die hier zu gebrauchenden Medikamente sind: Alcalien, Magnesia, Kalkwasser, Seife, alkalische Mineralwasser das basisch-phosphorsaure Natron.

Bei Alcalescenz des Harns können Balsamina, Mineralsäuren, andere Adstringentia innerlich, und als Einspritzung in die Blase versucht werden.

Endemische Verhältnisse oder Rhachitismus erfordern die geeignete Würdigung. Die symptomatische Behandlung der durch Steine gesetzten Zustände: Schmerzen, Blutungen, Catarrh etc. werden, wie sonst schon angegeben, behandelt.

Krankheiten der Geschlechtsorgane.

Werden hier nicht ausführlich besprochen, weil sie grösstentheils Gegenstand der Chirurgie und Geburtskunde sind: nur müssen zur Vervollständigung des Ganzen einige Formen kurz hier angeführt werden.

I. Entzündung der männlichen Harnröhre Tripper beim männlichen Geschlechte. Urethritis; Blennorrhagia, Blennorrhoea, Gonorrhoea.

Ist am häufigsten eine catarrhalische, und auch nur diese soll hier besprochen werden.

Die häufigste Ursache dieser catarrhalischen Form ist Ansteckung durch unreinen Beischlaf, und es wird hiefür ein eigenes specifisches, dem Genitalien-Schleime anhängendes, fixes Contagium (Tripper-Contagium, Tripperschleim) angenommen.

Die weiteren viel selteneren Ursachen ähnlicher, gewöhnlich doch anders verlaufender Catarrhe dieser Schleimhaut sind mechanische Reize: fremde Körper, Bougien, Catheter etc. und chemisch einwirkende Stoffe: reizende Getränke, Injectionen, Menstrual-Blut etc.

Die anatomischen Charaktere dieses Tripper-Catarrhs sind dieselben wie die anderer Catarrhe; nur ist der Prozess nicht immer über die ganze Schleimhautfläche der Harnröhre ausgebreitet; und bei grösserer Verbreitung nicht an allen Stellen gleich intensiv zu finden. Die Stelle der kahnförmigen Grube oder des Bulbus urethrae zeichnen sich durch höhere Intensität aus; seltener ist es eine andere zwischen diesen Punkten gelegene mehr umschriebene Stelle.

Symptome und Verlauf.

Der gewöhnliche Tripper gelangt am 2.—3. Tage nach geschehenen Beischlaf (selten erst später) zur Ausbildung. Es stellen sich brennende Schmerzen in der kahnförmigen Grube, auch längs der Eichel nach dem Uriniren ein; letzteres erfolgt häufiger, und die Schmerzen nach demselben steigern sich; zwischen durch hat der Kranke kitzelnde oder stechende Empfindungen an den genannten Stellen. Die Schleimhaut am Orificium urethrae ist intensiver geröthet, mässig geschwellt, und es fliesst aus der Harnröhre ein blasses, klebriges, die Wäsche steifmachendes Secret in verschiedener Menge heraus.

Mit oder ohne Zunahme des brennenden Schmerzes nach dem Uriniren wird das Secret aus der Harnröhre bald ein schleimig-eiteriges, grünlichgelb, gelblich gefärbtes; welches in dicken Tropfen abfliesst, mit dem Urin weggeschwemmt wird, und sich daher nur dann in der Harnröhre und vorzüglich in der kahnförmigen Grube mehr angesammelt vorfindet, wenn längere Zeit kein Urin gelassen wurde. Ein öfterer Drang zum Harnlassen und schmerzhafte Erectionen, wobei das Glied nicht vollends gestreckt werden kann (Chorda) fehlen bei den acuten Formen, auch bei deren geringeren Graden nicht.

Auf diesem Grade kann das Leiden stehen bleiben, durch entsprechendes Regime und Behandlung rasch oder langsamer geheilt werden; oder es steigern sich die entzündlichen Schmerzen, die Schwellung der Harnröhre etc. (synochaler oder phlegmonöser Tripper); oder er steht 2—6 Wochen mit wechselnder Schmerzhaftigkeit und mit dem Ausflusse fort, hört allmählig ganz auf, unter allmähliger Abnahme des Schmerzes, der schmerzhaften Erectionen; oder geht in die chronische Form über (torpider, secundärer, auch Nachtripper), welche in die Monate fortdauern kann, und bloss in der krankhaften schleimig-eiterigen Secretion der Harnröhre von verschiedener, gewöhnlich wechselnder Menge besteht.

Der Grad der Heftigkeit und das verschiedene Zustandekommen des ganzen Verlaufes wird nicht durch das Contagium als solches, sondern nur durch das Verhalten des Kranken, seine Diät und die Behandlungsweise bestimmt.

Vieles Gehen, Stehen und sonstige Anstrengungen des Körpers, geistige Getränke, der Genuss von Fleisch, Käse, Thee, Kaffee, so wie reichliche Nahrung überhaupt, und die Anwendung reizender Mittel bei nicht zweckmässigen Verhalten des Kranken steigern den Prozess am Anfange, sie sind die Ursachen seiner späteren Verschlim-

merungen und in den meisten Fällen auch die des Ueberganges in die chronische Form.

Tripper hat keinen typischen Verlauf, kann jederzeit beschränkt, und rasch oder langsamer der directen Heilung zugeführt werden.

Complicationen und weitere Folgezustände.

Ausser den zufälligen Complicationen mit mannigfachen Constitutions-Erkrankungen, die nie wesentlich auf den Verlauf des Trippers einwirken, sind ferner als solche anzuführen: Eicheltripper, Phimosis, Paraphimosis, Chancre Geschwüre der Harnröhre oder sonst wo (Chirurgie).

Weitere Folgezustände des Trippers liegen nicht im Wesen der Krankheit, sondern sind Zufälligkeiten, die nur durch die bereits oben angegebenen Umstände oder durch directe Uebertragung des Tripperschleimes auf andere Schleimhäute zu Stande kommen. Ihre Ausbildung ist auch nicht an eine bestimmte Zeitdauer des Trippers gebunden; sie kommen gelegentlich am Anfange derselben eben nicht häufiger zu Stande als bei dessen Abnahme, sobald die betreffenden Schädlichkeiten erst zu dieser Zeit thätig werden.

Solche Folgezustände des Trippers sind:

a) Die Entzündung des Hodens, Orchitis; ist eigentlich Entzündung des Nebenhodens und der vagina testiculi, daher Epididymitis und Vaginalitis blennorrhoica. Mit ihrer Ausbildung kann die Secretion der Harnröhre bedeutend nachlassen oder nicht; mit der Abnahme der Orchitis kann sich die Secretion wieder steigern oder nicht, das ist nicht constant, und bleibt sich auch ganz gleich; die Orchitis ist nur als Weiterverbreitung des Prozesses, nie als eine reine förmliche Uebertragung (Metaschematismus oder Metastase älterer Aerzte) zu betrachten.

b) Prostatitis blennorrhoica, ist eine viel seltenere Folgekrankheit, und es gilt über ihr Verhältniss zum Tripper das eben Gesagte.

c) Schleimhautentzündung der Blase, Cystitis blennorrhoica; ist eine Fortsetzung des Harnröhren-Prozesses auf den Blasenhals oder auf die weitere Blasenschleimhaut, und Folge des durch schlechtes Verhalten etc. gesteigerten Trippers (grössere Dosen der balsamischen Mittel sollen diese Ausbildung am meisten unterstützen).

d) Sympathische Entzündungen der Leistendrüsen, Bubones sympathici. Geringere Grade sind häufig, stehen und

fallen mit dem Grade des Trippers. Höhere Grade gehören dem schlechten Verhalten an, steigern die Lästigkeit des Prozesses etc.

e) Augentripper, Ophthalmia blennorrhoica. Ist nie eine Metastase des Trippers, sondern entsteht nur durch Uebertragung des Tripperschleimes auf das Auge.

Ist der dem Bulbus am meisten gefährliche Prozess, diejenige blennorrhoische Form des Auges, welche am schnellsten (auch binnen 12—24 Stunden) Maceration der Cornea, Durchbruch derselben etc. erzeugen kann; und es ist hiebei ganz gleichgiltig, ob der Schleimfluss der Harnröhre dabei noch stark oder schwach fortdauert; — völlig sistirt ist er nicht, denn sonst hätte der Ansteckungsstoff für die Conjunctivitis blennorrhoica gefehlt, und durch diese letztere wird er eben so wenig versiegen gemacht.

Aber nicht jede leichte Conjunctivitis, die sich allenfalls im Verlaufe des Trippers als Complication hinzugesellen kann, ist als Augentripper zu betrachten.

Simon leitet die Mehrzahl der destructiven Blennorrhoen der Neugebornen von derselben Ansteckung, welche im Geburts-Acte von Seite der blennorrhoischen Scheide stattfindet, her.

Nasentripper soll auch auf solche Weise entstehen können; ist gewiss aber nur eine seltene Erscheinung, wenn man nicht jeden zufälligen und unschuldigen Schnupfen hieher rechnen will.

Dasselbe gilt von dem Mastdarmtripper, welcher nach Simon nur durch Paederastie entstehen kann (beim Weibe auch dadurch, dass der Schleim der Scheide nach dem Mastdarm hin abfliesst, und hier ansteckend wirkt.

f) Stricturen der Harnröhre sind ausser der Hodenentzündung die häufigste Folgekrankheit.

Hievon hier nur so viel, dass, wenn auch die Bildung der Stricturen mit dem Intensitätsgrade des Trippers in keinem absolut-proportionellen Verhältnisse steht, dass dieselben doch häufiger zu Stande kommen bei hochgradiger Entzündung, sei diese auf welche Art immer (durch schlechtes Verhalten, durch Reizmittel etc.) gesteigert worden; und dass häufig Strictur der Harnröhre de facto besteht, ohne dass man in der Schleimhaut die entsprechende Veränderung (Verdickung etc.) nachweisen könnte; so wie endlich, dass die Folgen und Nachtheile der Stricturen (Dysurie etc.) kurz ihre Symptome auch erst längere und lange Zeit nach abgelaufenen Tripper in die Erscheinung treten. Nicht jeder der aus der Behandlung des Trippers vom letzteren geheilt, und ohne Strictur hervorgeht, ist schon für die späteren Lebensjahre vor den Zufällen der Strictur gesichert.

g) Gelenkschmerzen nach Art der rheumatischen habe

ich wiederholt (doch nicht häufig) im Verlaufe des acuten Trippers beobachtet; sie waren nicht erheblich, und trotz des nicht geeigneten Verhaltens der Kranken kam es doch nie zur entzündlichen Affection der Gelenke.

Uebrigens lässt sich nicht in Abrede stellen, dass beim Bestehen des Trippers, sobald er hochgradiger ist, unter Mitwirkung von Verkühlung, schlechter Witterung etc. leichter eine rheumatische Gelenksaffection zu Stande kommt, als ohne Tripper; und ist das betreffende Individuum ein chronischer Gichtkranker, so kann es zum Anfalle der Gelenksgicht kommen; auf eine andere Weise kommt aber die sogenannte Trippergicht nicht zu Stande; und diese entzündlichen Affectionen der Gelenke sind sehr beschwerliche, und nach Umständen auch gefährliche Complicationen des Trippers, (wie sie es eben auch ohne Tripper sind), aber nimmermehr weder rein aus dem Tripper hervorgegangene secundäre Prozesse und noch weniger die Metastasen desselben.

Die sogenannte Tripperseuche, Tripperscropheln etc. existiren nicht. Alle bis jetzt angeführten secundären Prozesse stehen zum Tripper in einem ganz anderen Causal-Verhältnisse, als die secundäre Syphilis zum Chancre; von Resorption des Tripper-Contagiums und Infectionen der Blutmasse ist keine Rede; es reduzirt sich hier Alles auf Steigerung und Fortsetzung des entzündlichen Leidens, auf Uebertragung des Contagiums auf andere Schleimhautparthien, und bei den Gelenken auf sympathische Reizung der Gelenksbänder, wie sie auch bei anderen Catarrhen und hier häufiger zu beobachten ist. Kommt Lungen- oder Drüsen- oder Knochentuberculose nach dem Tripper zum Ausbruche, so war selbe oder die Anlage dazu schon früher vorhanden, und es wäre zu ihrem weiteren Verlaufe gewiss nicht des Trippers bedürftig gewesen.

Die von Rokitansky aufgestellte Tripperstenose des Kehlkopfes muss vor der Hand als anatomische Form hingenommen werden.

Die Prognose des Trippers wäre immer günstig, wenn die Kranken immer folgen wollten, oder ohne Ausserachtlassung anderer Rücksichten auch folgen könnten. Wie es die Erfahrung lehrt und in chirurgischen Werken ausführlich besprochen wird, ist aber der Sachverhalt ein anderer; Stricturen und unheilbare Consequenzen derselben folgen häufig nach.

Die Uebertragung auf das Auge ist nur Folge grosser Unreinlichkeit oder der grössten Unachtsamkeit und Gleichgültigkeit.

Die nach Tripper entstehende Hodenentzündung geht äusserst

selten in Abscessbildung über, und weitere Folgen hat sie nicht; es ist diese Art Hodenleiden wesentlich vom Testiculus venereus der Chankerseuche, von Tuberculose des Hodens etc. verschieden.

Therapie.

Ohne ausführlicher in die verschiedenen Behandlungsweisen eingehen zu wollen, soll hier nur kurz hervorgehoben werden, dass der Tripper in jeder Zeit seines Bestehens (am 1. Tag eben so gut, als nach Monaten) durch directe Behandlung zu bekämpfen ist, und auch ohne weiteren Nachtheil des Kranken bekämpft werden kann.

Die Steigerung des Prozesses ist einerseits vom schlechten Regime des Kranken abhängig; — dieses muss in jedem Falle unschädlich gemacht und bei Kranken, die nicht zu Hause bleiben können, muss die Ausbildung von Orchitis durch das Tragen eines Suspensoriums hintangehalten werden.

Das zweite Agens zur Steigerung des Trippers und für seine ewigen Verschlimmerungen ist der Harn. Der Harn erzeugt die Schmerzen, er steigert sie, und ruft sie neuerdings hervor da, wo sie schon längere Zeit gefehlt haben. Die Zusammensetzung des Harnes, sein Concentrationsgrad, Reichthum an Harnstoff und Harnsäure ist von der Nahrung und dem Regime abhängig, es muss also nebst Regulirung des letzteren auch die erste so geordnet werden, dass er nicht zu concentrirt, nicht zu reich an seinen Bestandtheilen ausfällt; viel Wassertrinken, wenig Fleisch essen und das Meiden der geistigen Getränke, des Käses, geräucherten Fleisches, Thee etc. gehören zur Kur.

Hungern ist nicht nothwendig; und da es überhaupt mit den diätetischen Vorschriften bei derlei Kranken gewöhnlich seine guten Wege hat, überdiess die chemischen Verhältnisse zwischen Kost und Harn bei Weitem nicht so exact bekannt sind, um hierauf allein verlässliche Normen der Diät bauen zu können, ist es wohl am besten, den durch viel Wasser sehr verdünnten Harn noch auf andere Weise für die kranke Schleimhaut unschädlich zu machen, und dies geschieht durch die Verbindung mit den balsamischen Mitteln: Copaiva und Cubeben.

Copaiva in Kapseln oder rein, oder mit Cubeben in Pillen, oder mit Cubeben und Aqua cerasorum nigrorum u. dgl. in Lattwerg sind und bleiben die Specifica beim Tripper der Männer.

Sie werden viel besser vertragen als man es glauben machen will, namentlich steht der Anwendung in Kapselform nichts entgegen.

Nicht zu grosse Dosen, sondern kleinere, aber häufiger und besonders nach jeder Mahlzeit und allenfalls im steigendem Mengenverhältnisse genommen, sind bei jedem acuten Tripper anzurathen; und es braucht weiter nichts als ein irgend vernünftiges Regime und keine gröberen Diätfehler (Geistiges Getränk muss wegbleiben etc.).

Nachlass der Schmerzen, der Erectionen, des Ausflusses sind die nächsten Folgen, die baldige Beendigung des Trippers bleibt selten aus; und nachtheilige Wirkung ist bei dieser Art von Anwendung nicht zu fürchten.

Wichtig ist es, darauf aufmerksam zu machen, dass mit diesen Mitteln in kleinerer Gabe noch über die Dauer des Schleimflusses fortgesetzt werden soll.

Warme Bäder des Gliedes sind der Wärme und der Reinlichkeit wegen am Anfange vortheilhaft.

Spätere Stadien des Trippers erfordern dieselben Mittel, gewöhnlich in grösserer Dosis; oder werden durch Injectionen von Zink-, Lapis-, Alaun- etc. Lösung zu heben gesucht; und ich meine hier durchaus nicht die saturirten Lösungen sondern schwächere, und diese recht häufig angewendet.

Eine symptomatische Behandlung ist bei dem Gebrauche der Balsamina nicht nothwendig; sonst gibt man gegen die nächtlichen schmerzhaften Erectionen: Campher (innerlich oder äusserlich), Campher mit Nitrum, Lupulin etc.

Die Epididymitis blennorrhoica wird wie jede andere (vide unten) und nebstbei der Tripper mit Copaiva etc. behandelt.

Gelenkschmerzen und entzündliche Affectionen der Gelenke werden wie Gelenkrheumatismus behandelt (vide diesen).

Für die Behandlung der Ophthalmia blennorrhoica ist es ganz gleichgiltig, ob viel oder wenig Schleim aus der Harnröhre fliesst; und hier eine starke Secretion herstellen wollen, ein viel zu unsicherer und langsamer Weg; — das einzige Verfahren, wodurch das Auge erhalten werden kann, ist die frühzeitige Anwendung des Lapis infernalis (in Substanz oder sehr starker Lösung), und einer strengen localen Antiphlogose (Blutegel und Eis); ist zwar die Heftigkeit gebrochen, dauern aber die Secretion und Wulstung der Conjunctiva fort, so muss letztere besonders um die Cornea herum stellenweise und selbst wiederholt mit der Scheere abgetragen werden.

Die Behandlung der Prostatitis etc. ist dieselbe, wie bei diesen Leiden aus anderen Ursachen.

Die sogenannten Abortiv-Methoden des Trippers: Einspritzungen mit starken Lösungen von Lapis, mit Rothwein etc. etc. sind nicht verlässlicher, und gewiss an der Ausbildung von Stricturen weniger unschuldig, als die Behandlung mit Copaiva etc.

II. Die Entzündung des Hodens

kommt manchmal im Verlaufe acuter Leiden als Folgezustand oder als Complication vor, so bei Parotitis, Exanthemen etc. etc.

Auch hier ist sie, wie beim Tripper eine Entzündung des Nebenhodens und der Scheide; hat verschiedene Grade und häufig den Ausgang in Zertheilung; Eiterung kommt manchmal vor.

Symptome.

Der Kranke klagt über lästige, ziehende Schmerzen im Kreuze, den Lenden, längs des Samenstrangs etc.; der Nebenhode ist anfangs allein, bald durch Spannung der vagina testis der ganze Hode geschwollen; die Geschwulst sehr empfindlich gegen äusseren Druck, bald mehr elastisch, bald hart. Die Schmerzen des Kranken werden beim Herabhängen des Hodens etc. gesteigert. Stuhlverstopfung fehlt selten, ebenso wird das Fieber, wenn welches schon da war, gesteigert, oder ein solches kann sich hinzugesellen.

Der Verlauf dieser Orchitis ist immer acut; die Zertheilung erfolgt unter den gewöhnlichen Krisen, meist geht die Abnahme der Hodengeschwulst langsamer, und zieht sich über die Krisen des Fiebers hinaus; länger zurückbleibende Härte ist gewöhnlich die Folge des schlechten Verhaltens.

Der Ausgang in Eiterung wird manchmal durch das primitive Leiden bestimmt.

Die Behandlung besteht in Ruhe des Kranken, gehöriger Unterstützung des Hodens und der Bethätigung der Darmsecretion (nach Umständen Darreichung von Abführmitteln oder Klystieren).

Bei hochgradigen Formen werden Anfangs Blutegel gesetzt längs des Verlaufes des Samenstranges, und entweder kalte oder warme Umschläge gemacht.

Später oder bei geringeren Graden gleich macht man einfache Einhüllungen mit Heftpflaster oder Watta oder Einwicklungen mit Heftpflaster-Streifen nach Fricke's Methode.

Einreibungen sind meistens zu entbehren, warme Bäder dagegen immer von Nutzen.

Eintretende Eiterung etc. wird wie anderwärts behandelt.

III. Pollutionen, unfreiwillige Samenabgänge

erfolgen des Nachts bei jüngeren, kräftigeren, enthaltsamen Leuten manchmal häufiger, schwächen den Körper und erzeugen Verstimmung des Gemüths, Unlust zur Arbeit etc.

Wollüstige, sinnliche Gedanken, vieles Sitzen, anhaltendes Studieren erzeugt den diesem Zustande zu Grunde liegenden Erethismus, vieles Essen oder der Genuss geistiger Getränke vor dem Schlafengehen, sowie Federbetten, die Lage am Rücken sind die näheren Veranlassungen desselben.

Ein diesen Ursachen entgegenwirkendes Regime, die Entsagung des frugalen Abendmahles; Elixirium acidum Halleri (15—20 Tropfen in ein Glas Wasser) vor dem Schlafengehen oder einigemal des Tages genommen, und kalte Waschungen des Rückens, sowie kalte Sitzbäder sind die geeignete Therapie.

Kampher allein oder mit Nitrum innerlich genommen; oder in Leinwandsäckchen am Scrotum getragen, ist ebenfalls anzurathen.

Höhere Grade dieses Zustandes, wo die Pollutionen selbst am Tage und noch häufiger erfolgen, wo selbst beim Harnen Samen ausgeführt wird (Spermatorrhoea, Samenfluss), Ueberdruss des Lebens und Anämie erzeugt wird, sind bei jungen Männern die Folge früherer oder noch fortgesetzter Onanie.

Der Onanie muss entsagt, und für entsprechende Beschäftigung des Geistes gesorgt werden; die übrige Therapie ist die oben angegebene; nur bei schon ausgebildeter Anämie ist manchmal Landaufenthalt und der Gebrauch von Eisen, Eisenwässern, nebstbei noch nothwendig.

Bromsaures Kali und die Verbindung von Brom und Jod werden in kleinen Dosen gegen jede Art häufigerer Pollutionen empfohlen.

IV. Catarrh der Scheide; Scheidenflüsse, weisser Fluss, Vaginitis catarrhalis, Leucorrhoen, fluor albus.

Beim Catarrh sind die entsprechenden Veränderungen der Schleimhaut bei der Untersuchung mittelst des Spiegels aufzufinden, und es sind dieselben sehr verschieden nach dem Grad, der Intensität, der Ausbreitung und der Dauer des Prozesses.

Seröse oder schleimige etc. Ausflüsse ohne Zeichen des Catarrhs der Schleimhaut sind die sogenannten Scheidenflüsse; und es versteht

sich von selbst, dass hier eine strenge Grenze nur theoretisch gezogen werden kann.

Der acute Scheiden Catarrh wird am häufigsten durch Tripperschleim (wohl auch durch Unreinigkeit etc. und heisst dann einfacher Catarrh?) erzeugt, — der Scheiden- oder weibliche Tripper. Seine Ausbreitung ist oft eine beschränkte, und sein Verlauf im Ganzen viel milder und schmerzloser als bei Männern, weil beim Scheidentripper Urethritis nicht constant vorhanden, und das Verhältniss des abgehenden Harns zur kranken Schleimhaut ein anderes ist. Selbst höhere Grade mit häufigen Excoriationen der Schleimhaut etc. werden gewöhnlich leicht vertragen.

Dieser Tripper wird sehr gern chronisch, und in seinem Gefolge sind Leistendrüsen-Anschwellungen, Bildung von kleinen spitzigen Condylomen, manchmal Mastdarmtripper (ut supra) zu beobachten.

Die Behandlung sowohl des acuten Scheidencatarrhs und Trippers, als der hieraus hervorgehenden chronischen Catarrhe und Schleimflüsse ist vorzugsweise eine äussere: stärkere und schwächere Aetzmittel, Adstringentia etc. in Substanz oder als Injectionen, auch werden Sitzbäder gebraucht, und in vielen Fällen wird die kalte Douche mit gutem Erfolge angewendet.

Der innerliche Gebrauch der Balsamina ist nur gegen gleichzeitige Urethitis vorzugsweise wirksam.

Die anderen Scheidenflüsse sind von Catarrh der Gebärmutter (wo die locale Therapie gegen diesen zu richten ist) und von anderen Krankheiten der Gebärmutter und der Eierstöcke vorzugsweise abhängig; kommen aber auch gelegentlich ohne solchen nachweisbaren Zuständen bei Anämischen (Chlorotischen etc.), Scrophulösen und Hysterischen vor. In allen diesen Fällen wird nebst der gegen das ursächliche Leiden gerichteten Therapie local auch eine der gegen chronischen Catarrh üblichen, localen Medicationen in Gebrauch gezogen.

V. Entzündung des Eierstocks, Oophoritis.

Kommt ausser dem Wochenbette am häufigsten chronisch zu Stande, und es ist dieser Zustand mit beginnender Cystenbildung, Krebsablagerung etc. identisch.

Aber auch ein acutes Vorkommen derselben, gewöhnlich in einiger Zeit nach dem Wochenbette ist zu beobachten; wo die Zeichen

der Entzündung (Schmerz, Geschwulst etc.) an der Stelle des einen oder anderen Eierstockes, nebstdem Fieber, und in höheren Graden sympathische Schmerzen der Beckenorgane etc., manchmal Blutung oder Catarrh des Uterus zu beobachten sind. Um sich des Sitzes der Entzündung (bei geringeren Graden) zu vergewissern, ist manchmal die Untersuchung durch die Scheide und den Mastdarm nothwendig.

Diese Oophoritis kann acut verlaufen, kann chronisch werden, kann zur Eiterung, zur Verwachsung mit den anliegenden Organen führen.

Die Therapie ist den Umständen entsprechend, eine mehr weniger antiphlogistische; bei höheren Graden sind Blutegel in die Leistengegend gesetzt von entschiedenem Erfolge; sonst Abführmittel, Calomel, Umschläge, Bäder etc. etc.

VI. Cysten des Eierstockes, Cystoovarium, Hydrops ovarii saccatus.

Wiewohl im Anfange ihrer Bildung von anderen Entartungen des Eierstockes und Krankheiten des Uterus nicht leicht zu sondern, sind dieselben in der Folge, wo sie in die Bauchhöhle aufsteigen, nicht leicht mit umschriebenen Peritoneal-Exsudaten, und eben so wenig in ihren höheren Graden, wo sie den grössten Theil der Bauchhöhle einnehmen, mit Ascites zu verwechseln.

Die Art ihrer Entstehung (gewöhnlich schmerzlos, langsam auf einer Seite aus dem Becken aufsteigend), ihre Form, das Verhalten des Percussionsschalles in den verschiedenen Lagen der Kranken, die Stellung des durch sie verschobenen Uterus, Mangel eines sonstigen Hydrops (ausser dem später folgenden Oedem der Füsse), die lange Zeit gut erhaltene Constitution der Kranken, Blutungen aus dem Uterus oder Mangel der Menstruation etc. sind die Haltpunkte der übrigens ganz leichten Diagnose höherer Grade von Cystenbildung mit flüssigem Inhalte.

VII. Blutungen aus der Gebärmutter, Metrorrhagiae

ausserhalb der Schwangerschaft und des Wochenbettes gleichviel, ob sie zur Zeit der Menstruation oder ausserhalb derselben erfolgen, sind grösstentheils durch Krankheiten im Genital-Systeme bedingt.

Ohne solchen sind sie manchmal bei erethischen, seltener bei plethorischen Constitutionen nach sitzender Lebensweise, deprimiren-

den Gemüthsaffecten, schwächenden Anstrengungen, längerem Stillen der Kinder etc. somit bald als Folgen localer Plethora oder sogenannter erethischer Schwäche zu beobachten.

Nach den vorausgegangenen Ursachen und dem gleichzeitigen Verhalten der Constitution werden sie in active und passive geschieden; letztere sind häufiger, oder werden es diese Blutungen überhaupt bald, sowie sie höhergradig oder von längerer Dauer sind.

Die allgemeine Behandlung ist dieselbe wie bei anderen Blutungen; die spezielle Anwendung der geeigneten Mittel ist Gegenstand der Geburtshülfe.

Die Anwendung von Kälte (als Douche des Rückens und des Uterus, oder als Umschlag und Sitzbad), und der Haller'schen Säure ist nebst Regulirung der Diät und des Regimes die am häufigsten ausreichende Medication.

VIII. Die fehlende Menstruation, Amenorrhoea oder die Mangelhaftigkeit vorhandener Menses, Menstrua parca, rara etc.

gehen zum Theil aus allgemeinen Constitutions-Erkrankungen hervor, wie diess und ihre Therapie auch am geeigneten Orte schon angegeben wurde.

Sonst sind diese Anomalien des Monatflusses, wenn sie chronisch sind, nur in Krankheiten der Genitalien begründet.

Was das Verhältniss der Menstruation zu anderen acuten Erkrankungen anbelangt, so ist dasselbe nicht in allen Fällen gleich, und wenn auch das Ausbleiben oder das plötzliche Unterdrücken der schon fliessenden Menses manchmal zur acuten Erkrankung anderer Organe wesentlich beizutragen scheint, so sind diese Fälle im Ganzen nicht häufig; und offenbar ist von der älteren Medicin dieses ursächliche Verhältniss weit überschätzt worden.

Zur Zeit des monatlichen Mutterflusses sind die Individuen zu anderen Erkrankungen vorzüglich zu Peritonitis und Catarrhen, besonders der Darmschleimhaut höher disponirt; mit der unter den gewöhnlichen Gelegenheitsursachen von Verkühlung etc. erfolgten Ausbildung dieser Zustände hört keineswegs immer dieser Blutfluss auf, und da, wo diess geschieht, ist nicht gerade immer ein höherer Grad des Catarrhs, der Entzündung die Folge; auch erfordern sie keine andere, als die gewöhnliche Therapie.

Die ausserhalb der Monatperiode zum Ausbruche kommenden Entzündungen und typischen Processe: Typhus, Exantheme gehen

ihren Gang, gleichviel ob an ihrem Anfange, wenn solcher mit der Zeit der Catamenien zusammenfällt, diese (wie es manchmal geschieht) noch sich einstellen oder ausbleiben (was häufiger der Fall ist).

Ist in Folge solcher acuter Leiden Anämie gesetzt, so bleibt die Menstruation so lange aus, bis diese wieder behoben ist. Fällt zufälliger Weise der Eintritt der Menses mit den Krisen des Leidens zusammen, und wird deren Eintritt nicht durch schon bestehende Anämie gehindert, so trägt dieser Umstand wohl in manchen Fällen zur rascheren Beendigung der Krankheit bei, und diess ist der ein zige Fall, wo die Menstruation mit zu den Krisen solcher Krankheiten zu rechnen ist.

Andere Hyperämien zum Gehirn, den Lungen etc. sind selten die Folgen des plötzlich unterdrückten Monatflusses, sind noch seltener erheblich, und weichen der gewöhnlichen Therapie; gelegentlich werden sie wohl durch das baldige Fortsetzen und Wiedereintreten des Flusses am schnellsten beendigt, aber nicht die Ursache weiterer Störungen der Catamenien oder noch weniger anderer fortdauernder Krankheiten.

Man liest von verschiedenen vicariirenden Blutungen der Menstruation: von Nasenbluten, Hämorrhoidalfluss, Bluthusten etc. — Bei den ersteren: dem Nasenbluten und der Hämorrhoidalblutung (bei ohnehin an Hämorrhoiden leidenden Frauen) wird sich wohl das Verhältniss manchmal nicht gut anders deuten lassen, aber das Prius und Posterius (Ursache und Folge) wird häufig ein umgekehrtes sein d. h. der Monatfluss wird weniger oder bleibt aus wegen der anderen stattgehabten Blutung. Bei den anderen Formen von Blutungen: aus der Lunge u. s. w. kann man sich ganz ruhig der Ueberzeugung überlassen, dass das Ausbleiben der Menses hier erst secundär zu Stande kommt, d. h. die Folge derselben Ursachen ist, welche den Bluthusten etc. eingeleitet hat.

Tuberculose, Krebs etc. sind nie die Folgen einfach ausbleibender oder sogenannter unterdrückter Menses.

Mannigfache Formen: Erythem, Chloasma, Quaddeln, Eczem der Haut, Acne, Deffluvium capillorum und Seborrhoe etc. stehen mit mannigfachen Zuständen des Uterus: Schwangerschaft, Wochenbett, Menstruation und Krankheiten desselben in Verbindung, sind vorübergehend oder bleibend nach der verschiedenen Dauer der Krankheit, und lassen sich im letzteren Falle nie auf die zu geringe oder fehlende Menstruation allein, als auf ihre Ursache zurückführen, sondern gehören mit dieser Amenorrhoe zugleich entweder der Anämie des

Blutes (bei Chlorose, Tuberculose etc.) oder anderen Krankheiten des Geschlechtssystems an; wie hievon Prof. Hebra in der Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte (1855 Wochenblatt Nr. 40) schlagend beweisende Fälle anführt.

IX. Neuralgie des Uterus, Hysteralgia.

Nervöse heftige Schmerzen von verschiedener, gewöhnlich wehenartiger Beschaffenheit im Uterus etc. stellen sich manchmal mehr weniger habituell zur Zeit der eintretenden Menses (Menstrual-Kolik), und nicht bloss bei chlorotischen oder nervösen Personen ein, — sonst sind sie hin und wieder auch bei hysterischen Frauen, und unabhängig von der Menstruation, oder einem nachweisbaren materiellen Kranksein der Genitalien zu beobachten.

Bei habituellen schmerzhaften Eintritte der Menstrua ist ruhige Lage im Bette oder Warmhalten, Chamillen- und Eibischthee, bei höheren Graden der Schmerzen Aqua laurocerasi mit Castoreum und Morphium, so auch Chloroform als Einathmung oder Einreibung angezeigt.

Für hysterische Anfälle dieser Form ist Castoreum allen anderen vorzuziehen.

Mitlaufende Constitutions- oder folgende (d. h. später erst nachweisbare) Organ-Erkrankungen müssen in den schmerzfreien Zeiten zu behandeln versucht werden.

Krankheiten der Haut.

Viele von den Dermatopathologen hieher gerechneten Formen wurden bereits im I. Bande aus den dort angeführten Gründen abgehandelt; andere Formen der Haut-Erkrankungen gehören in das Gebiet der Chirurgie, und noch andere sind weniger als Störungen der Gesundheit, denn als Schönheitsfehler zu betrachten, haben somit vom Standpunkte der praktischen Medizin eine viel geringere Bedeutung; und es können weder die einen noch die anderen hier ausführlicher zur Sprache kommen, weil sie die Grenzen dieses Werkes überschreiten.

In der weiteren Darstellung der vor unser Forum gehörigen Formen folgen wir sowohl in Hinsicht der Eintheilung, als der Nomenclatur dem von Prof. Hebra aufgestellten Systeme.

Hebra stellt folgende Classen für sämmtliche Hautkrankheiten auf;

1. Hyperämien (Blutüberfüllungen).
2. Anämien (Blutmangel).
3. Absonderungs-Erkrankungen.
4. Exsudate.
5. Hämorrhagien (Blutaustretungen).
6. Hypertrophien (Massenzunahmen).
7. Atrophien (Massenverminderungen).
8. Neoplasmen (Neubildungen).
9. Pseudoplasmen (Afterbildungen).
10. Ulcerationen (Geschwüre).
11. Parasiten (Schmarotzer).
12. Neurosen (Nervenkrankheiten der Haut).

A. Hyperämien der Haut.

a) Active Hyperämien.

Die Grenze zwischen einfacher Hyperämie und jener, welche die Exsudation begleitet oder ihr vorausgeht, lässt sich nicht strenge ziehen; und es erscheinen diejenigen Formen von Hautkrankheiten, welchen häufig bloss Hyperämie zu Grunde liegt, in anderen Fällen mit einer mässigen und selbst stärkeren Exsudation einhergehend; wesswegen ihre Symptome und der Verlauf nicht immer derselbe ist, und dieselben bald zu den Hyperämien, bald zu den Exsudationen gerechnet werden.

Hierher gehören: Erythem und Roseola.

I. Erythem

sind grössere diffuse rothe Flecke der Haut, welche unter dem Fingerdrucke schwinden, nicht schmerzen und ohne Abschuppung endigen.

Die Ausbreitung ist eine ganz verschiedene; bei localen Ursachen gewöhnlich auf die Stelle der Einwirkung beschränkt, überzieht in anderen Fällen diese Röthe einzelne Glieder, die Haut des Bauches, der Brust, die eine Hälfte des Körpers etc.

Diese Form wird auch Erythema vulgare seu simplex, Anflug, genannt.

Man unterscheidet verschiedene Varietäten, die nicht alle auf selbstständige Formen Anspruch haben, und theils von anderen Hautformen nicht streng zu scheiden sind, theils als unentwickelte, stehengebliebene Hautausschläge oder als Uebergangsformen zu diesen anzusehen sind.

Erythema vulgare ist die reinste Form, besteht dasselbe einige Zeit als solches fort, so nennt man es perstans, schwindet es hingegen bald und erscheint es wieder an einer anderen Stelle, so heisst es fugax; sind auf der erythematösen Stelle kleinere oder grössere Erhabenheiten zu bemerken, welche weiters keine Veränderung eingehen, und nach einigen Tagen mit der indessen livid gewordenen Röthe spurlos oder mit leichter Abschuppung verschwinden, so heisst es Erythema papulatum oder tuberculatum.

Das Erythema nodosum sind grössere Knoten mit erythe-

matöser Röthe der Haut, welche Anfangs schmerzen, härtlich und heiss sind, später dunkelroth, livid und weicher werden, nach einigen oder mehreren Tagen unter Einsinkung und leichter Abschuppung verschwinden.

Das Erythema marginatum ist nach einer Seite hin scharf abgegränzt.

Das circinatum stellt rothe Kreise oder Kreis-Segmente dar, welche durch ihr Zusammenfliessen verschiedene Formen darstellen.

Erythema iris besteht aus ein paar oder einigen concentrischen, vollständigen oder unvollständigen nicht gleichfarbigen Ringen.

Das Erythema laeve oder oedematosum ist eine glänzende Röthe derjenigen Hautparthien, deren subcutanes Zellgewebe oedematös infiltrirt ist, und kommt gewöhnlich an den unteren Extremitäten bei den verschiedenen Formen des Oedems daselbst vor.

Aetiologie und Verlauf.

Erythem ist entweder ein selbstständiger localer Prozess, entstanden durch locale Ursachen; oder es kommt dasselbe im Verlaufe anderer acuter oder chronischer Krankheiten sehr verschiedener Art vor, und hat in diesen Fällen weder eine diagnostische noch prognostische Bedeutung.

Erythem stellt die geringsten Grade der Wirkung äusserer Reize auf die Haut dar, so der Einwirkung der Sonnen- und Feuerhitze, der Kälte, des Senfteiges etc. Erythem ist der Vorläufer und Begleiter anderer exsudativer Prozesse in der Haut, oder bleibt nach anderen Hautkrankheiten zurück.

Der Dauer nach unterscheidet man ein acutes und ein chronisches.

Das acute kommt im Verlaufe acuter gastrischer, biliöser oder rheumatischer Affectionen, so wie nach acut wirkenden localen Ursachen, aber auch bei chronischen Unterleibskrankheiten vor.

Ein typischer Verlauf desselben ist nicht zu beobachten. Die Dauer ist ganz unbestimmt und hängt von den sonstigen Zuständen ab. Da, wo Ablagerungen in die Cutis stattfinden z. B. bei tuberculatum, nodosum ist der Verlauf langsamer.

Das chronische Erythem kommt auch bei verschiedenen Constitutions Krankheiten vor, oder wird durch einmalige Einwirkung starker Kälte, starker Hitze erzeugt, oder durch andere örtliche Ur-

sachen unterhalten; geht der Acne rosacea oft lange Zeit voraus, und soll an manchen Stellen (z. B. Nase) selbst hereditär sein.

Das Eczema marginatum und papulatum soll häufig durch Krankheiten des Uterus bedingt sein, auch kommt dasselbe bei Schwangeren an der Seite des Bauches etc. vor.

Das acute Erythem kommt in seinen verschiedenen Formen häufiger an der oberen Körperhälfte vor, das chronische theils an mehr isolirten, theils an mehr örtlichen Einwirkungen ausgesetzten Theilen: Nase, Ohren, Lippen, Scrotum, Vorhaut, After, an den Fingern, Zehen etc. vor.

Das chronische beobachtet auch ein Schwanken und Wechseln im Verlaufe; der Grad der Röthung ist nicht immer derselbe, mit der Zeit wird die Haut auch gespannt, die Epidermis rissig, es stellen sich Schmerzempfindungen ein, oder es geht im Gegentheil die normale Empfindung dieser Theile verloren.

Therapie.

Die acuten Erytheme erfordern gewöhnlich als solche keine andere Behandlung als Entfernung noch fortwirkender localer Ursachen. Sonstige krankhafte Zustände werden nach den gebotenen Anzeigen behandelt. Bei höheren Graden des Erythems wird nebstbei äusserlich Kälte angewendet.

Bei chronischen sucht man nebst Erfüllung der Causal-Indication (wo diese überhaupt möglich ist), durch die äussere Anwendung von Kälte, von Zink, Tannin, Lapis infernalis, Campher etc. nach Umständen die Sache zu heben oder zu bessern.

Intertrigo, Wund-Frattsein der Kinder und Paratrimma Wolf der Erwachsenen

ist ein locales Erythem, welches entweder bloss durch Reibung allein oder unter Mitwirkung anderer Schädlichkeiten: Urin, Koth, Schweiss etc. zu Stande kömmt.

Wenn die Ursache zu lange fortwirkt, oder gleich zu intensiv eingewirkt hat, so geht die Epidermis an der betreffenden Stelle verloren und es entsteht eine mehr weniger rothe, feuchte, stellenweise blutig punktirte Stelle, welche Serum oder ein eiteriges, oft stinkendes Secret absondert, brennende, juckende etc. Schmerzen verursacht, und auf welcher nicht selten Knötchen und Bläschen oder das zu Crusten vertrocknete Secret zu sehen sind. Bei fortgesetztem schlechten Regime kann der Prozess in der Fläche um sich greifen, oder zur eiterigen und brandigen Zerstörung führen.

In anderen Fällen wird bei Erwachsenen Intertrigo chronisch, besteht Jahre lang, ohne dass es zur Infiltration der Haut oder zur besonderen Secretion käme; nur die Abstossung der Epidermis in Form von Schuppen erfolgt zeitweise und die betreffende Stelle ist dunkelroth und scharf umschrieben.

Intertrigo findet sich in den Falten der Haut um die Genitalien, am After, den Gliedmassen, am Halse, hinter den Ohren, in den Falten unter hängenden Brüsten, ferner zwischen den Zehen etc.

Bei Reitern oder nach längeren Fussmärschen kommen zwischen den Hinterbacken oft höhere Grade rasch zu Stande. Bei Kindern ist dieser Prozess häufig an vielen Stellen gleichzeitig zu beobachten, und hierfür ist Unreinlichkeit die gewöhnliche Ursache; doch scheint auch manchmal ein krankhaftes Verhalten der Leibes-Constitution mit im Spiele zu sein.

Die Therapie besteht bei Kindern im fleissigen Reinhalten derselben, im Gebrauche weicher, nicht zu grober Wäsche und im Gebrauche von Semen lycopodii, womit die diesem Prozesse am meisten ausgesetzten Theile fleissig zu bestreuen sind.

Höhere Grade können die locale Anwendung von Kälte, von Alaun, Kalkwasser etc. nothwendig machen; und es muss bei üblen Constitutions-Verhältnissen des Kindes auch diesen Rechnung getragen werden.

Erwachsene schützen sich dagegen am besten durch Einreibungen mit Talg, auch werden hierdurch die geringeren Grade am schnellsten gehoben. Sonst sind: fleissiges Waschen und kalte Umschläge, oder bei mehr chronischer Form: Alaun, Zink, Kalk etc. äusserlich zu gebrauchen.

II. Roseola.

Sind kleinere, gewöhnlich runde Flecke, bald heller, bald dunkelroth, nicht erhaben über die Haut, welche nicht schmerzen, unter dem Fingerdrucke schwinden; gewöhnlich nur ein paar Tage bestehen und ohne Abschuppung endigen.

Sie können an allen Stellen des Körpers vorkommen, und erscheinen bald in allgemeinen, bald in partiellen Eruptionen.

Roseola kommt auch unter der Form kleiner Kreise oder Kreissegmente vor, welche durch ihr Zusammenfliessen verschiedene Zeichnungen bilden, und durch das allmählige Schwinden der Hyperämie von Innen an äusseren Umfang zu wachsen scheinen (Roseola annu-

laris, orbicularis, gyrata). Auch ist die Röthe unter dem Fingerdrucke manchmal bleibend, wird später bläulich, dann gelblich und verschwindet endlich auch rasch.

Roseola ist selten ein selbstständiger Prozess, häufiger ein symptomatischer; die näheren Ursachen sind nicht bekannt.

Die selbstständige Form soll bei Kindern und zarten weiblichen Individuen vorkommen; vorzüglich im Sommer und Herbste; sie verläuft ohne oder mit geringem Fieber, in verschieden starker, gewöhnlich allgemeiner Eruption, dauert nur ein paar Tage, und ist von geringen Catarrh, Halsschmerzen u. dgl. begleitet. Das ist die Roseola infantilis, aestiva und autumnalis der Auctoren; welche der äusseren Form nach am ehesten mit Morbilli verwechselt werden könnte.

Häufiger ist die Roseola symptomatisch bei rheumatischen (rheumatica), gichtischen (arthritica) Prozessen, geht der Blattern-Eruption voraus (Roseola variolosa), oder folgt der Impfung (Roseola vaccinia).

Auch das bei Typhus vorkommende Exanthem wird Roseola (typhosa) genannt. (1. Band), und es werden Roseolaformen vor dem tödtlichen Ende anderer acuter und chronischer Krankheiten gesehen.

In allen den bis jetzt genannten Fällen hat die Roseola weder eine prognostische Bedeutung, noch erfordert sie eine besondere Therapie.

Peliosis seu Roseola (besser Purpura) rheumatica (Schönlein) ist eine eigene, für die Therapie wichtigere Form, welche mit der bei rheumatischen Gelenksentzündungen, bei Pleuritis etc. symptomatisch vorkommenden gewöhnlichen Roseola nicht zu verwechseln ist.

Die Peliosis rheumatica Schönlein's stellt eine Eruption von roseolaartigen Flecken dar, die gewöhnlich an den unteren Extremitäten allein vorkommen, oder von da aus beginnen; entweder alle oder der grössere Theil dunkelroth sind, unter dem Fingerdrucke nicht schwinden, und welche von starken rheumatischen Schmerzen in den Gelenken oder Muskeln begleitet sind. Die Schmerzen gehen gewöhnlich den Flecken voraus, lassen selbst mit dem Erscheinen der Letzteren nach, und sind manchmal von Fieber begleitet. Der Verlauf ist nicht typisch; die Dauer ganz unbestimmt.

Bezugs der Therapie ist es zu wissen nöthig, dass, wenn

man diese Flecke wie sie acute Hämorrhagien der Haut darstellen (unter dem Fingerdrucke nemlich nicht verschwinden), mit Säuren und Kälte gleich der Purpura scorbutica behandelt, man die rheumatischen Schmerzen bedeutend steigert, ohne immer auf das Verschwinden der Flecke günstig einzuwirken.

Die Peliosis rheumatica erfordert Wärme, strenges Regime und die sonstigen bei Rheumatismus angezeigten Mittel.

b) Passive Hyperämien

geben der Haut eine bläuliche Färbung, welche unter dem Fingerdrucke und nach entfernter Ursache spurlos schwindet, aber auch zu Oedem der Haut und anderen chronischen Secretionsprozessen führen kann.

Sie kommt sowohl bei acuten als chronischen Prozessen symptomatisch vor, und erreicht ihre höchsten Grade in der sogenannten Cyanose (Vide an anderen Orten).

Passive Hyperämien, welche lange bestehen, sind nicht bloss die Folge von mechanischen Störungen des Kreislaufes, sie begleiten auch die chronischen Eczeme, die Geschwüre und Afterbildungen etc. der Haut.

B. Anämie.

Die Zeichen und Ursachen der Anämie in der Haut sind bereits angegeben. Dieselbe besteht entweder ohne allen weiteren lokalen Veränderungen oder mit gleichzeitiger oedematöser Infiltration des subcutanen Zellgewebes.

C. Secretions-Anomalien.

a) Der Schweissdrüsen.

I. Die abnorme Trockenheit der Haut, Anhidrosis

kommt bei chronischen allgemeinen Leiden (Hydrops, Diabetes, Krebs) und bei chronischen Hautkrankheiten (Psoriasis, Prurigo, Eczem) vor.

II. Uebermässige Schweissabsonderung

ist entweder eine allgemeine oder eine locale.

Die Erstere (Hyperidrosis, Ephidrosis) kommt symptomatisch bei anderen Leiden vor.

Wir haben im Verlaufe dieser Abhandlungen stets hingewiesen, wo solche Schweisse zur Erleichterung des Kranken und wo sie zum Nachtheil desselben bestehen; und es ergibt sich auch aus dem dort Gesagten die nöthige Therapie.

Locale Schweisse kommen am häufigsten an den Füssen, in der Achselhöhle, am Perineum, den Geschlechtstheilen, zuweilen auch an den Handtellern vor. Sie sind häufig die Folge von Unreinigkeit oder zu warmer Bekleidung, kommen aber auch bei anderen Krankheiten: Fettsucht, Hämorrhoiden, Gicht etc. vor, und es lässt sich eine erhebliche Anlage nicht in Abrede stellen; wie immer aber entstanden, werden sie gerne habituell.

Örtliche Schweisse bestehen häufig ohne allen Beschwerden; in anderen Fällen werden sie durch die Zufälle des Intertrigo (vide oben) lästig, sowie dadurch, dass sie einen oft unausstehlichen Gestank verbreiten, wozu Unreinlichkeit, und sowohl die Art als der seltene Wechsel der Bekleidung das Meiste beiträgt, denn auf diese letztere Weise sehen wir vorzugsweise die Fussschweisse der Männer ausarten.

Die aus blosser Unreinigkeit oder zu warmer Bekleidung Entstandenen können ohne weiteren Schaden unterdrückt werden, so lange sie noch nicht habituell geworden sind, nicht so die auf andere Weise zu Stande kommenden; und wenn auch hier durch deren plötzliches Verschwinden keine eigene Constitutions-Erkrankung entstehen kann, werden doch die Zufälle desjenigen Leidens, in deren Gefolge die Schweisse vorkommen, jedesmal dadurch gesteigert. Eine Mässigung des Schweisses durch fleissiges Waschen, leichte zweckmässige Bekleidung wird in jedem Falle ohne Schaden vertragen, und hiedurch werden zunächst die lästigen oder weitern nachtheiligen Folgen am Besten hintangehalten.

Therapie. Die oben angeführte Reinhaltung und leichte Bekleidung ist in jedem Falle anzurathen. Beim Fussschweissen leichte Schuhe (nicht schwere Stiefeln), häufiges Wechseln der Fusstücher oder Strümpfe etc. etc., häufiger Gebrauch von Fussbädern mit kalten oder lauen Wasser. Bei vernachlässigten Fällen sind die Bäder mit Chlorkalk immer von Erfolg.

Bei Leuten mit zarter Haut, die viel schwitzen, kommen an den Stellen der Gelenkbeugen, am Halse, der Brust etc. häufig die reinsten Sudamina als crystallinische Bläschen vor, und verschwinden mit Nachlass des Schweisses ohne folgender bemerkbarer Abschuppung.

b) Der Talgdrüsen.

I. Die verminderte Hauttalgabsonderung

kommt gewöhnlich nur partiell, am Gesichte und den Händen bei älteren Leuten oder solchen vor, die sich viel den atmosphärischen Einflüssen aussetzen müssen und nicht reinlich sind, oder die wie Wäscherinnen etc. viel mit Seife und alcalischen Flüssigkeiten zu thun haben.

Trockenheit und Sprödigkeit der Epidermis ist die nächste, deren Abschuppung und Rissigwerden die weitere Folge.

Reinlichkeit da, wo sie nicht gepflegt wird, und Einreibungen mit Oel und Fett sind die Therapie dagegen.

II. Die vermehrte Hauttalgabsonderung

erzeugt zunächst zwei verschiedene Zustände, je nachdem dabei das Sebum frei auf die Oberfläche der Haut abgesetzt, oder in den Talgdrüsen durch Verstopfung des Ausführungsganges derselben zurückgehalten wird.

Die erste Form heisst Seborrhagia, Seborrhoea; die zweite erzeugt die acne punctata seu Comedo und das Milium. Häufig sind beide diese Zustände bei Erwachsenen combinirt und haben meistens nur ein partielles Vorkommen.

Die Seborrhoe der Erwachsenen kommt im Gesichte, am Nacken, manchmal am behaarten Kopfe, am häufigsten aber im äusseren Gehörgange, an den Augenliedern, unter der Vorhaut und an den grossen Schamlippen vor.

Sie ist bei jüngeren Leuten und beim weiblichen Geschlechte häufiger, hört mit dem Alter auf; — Mangel an Reinlichkeit trägt zur Anhäufung des Hauttalges bei.

Manchmal wird die vermehrte Absonderung durch Hyperämie eingeleitet, und dann ist die betreffende Hautstelle unter dem Sebum geröthet, sonst ist dieselbe normal und erscheint in den geringsten Graden bloss fettig glänzend, in den höheren mit weisslichen, weisslichgelben, glänzenden Schüppchen bedeckt, welche durch Staub etc.

gefärbt, und nach der verschiedenen Quantität (bei unreinen Leuten) selbst in mehreren Schichten angehäuft sein können. Die Anhäufungen des Ohrenschmalzes sind bekannt. An den Augenliedern stellen sich die Anhäufungen des Sebum als kleine, gelbliche, schmierige Bröckeln, und an den Geschlechtstheilen als weisslich käsige Materie dar.

Die höheren Grade von Seborrhoe gehören der Kindheit im 1. Lebensjahre an, und finden sich am behaarten Theil des Vorderkopfes, wo sie den Gneis (Seborrhoea capillitii) der Kinder darstellen. Auch hier ist die Menge der angehäuften Schüppchen, ihre Farbe etc. nicht immer dieselbe; dickere Lagen kommen bei geringer Reinhaltung der Kinder vor, und werden durch Staub etc. und die zusammengeklebten Haare verschiedenartig gefärbt etc. — Nach Ablauf des ersten Jahres hört die vermehrte Talgabsonderung von selbst auf.

Die Acne sebacea, Mitesser, Comedones sind Anhäufungen des Hautschmeeres in den Talgdrüsen, und stellen sich als hirsekorngrosse Erhabenheiten dar, welche manchmal in der Mitte einen schwarzen Punkt (Acne punctata) zeigen, welcher das durch Schmutz gefärbte Sebum am Ende des Ausführungsganges darstellt; durch Druck lässt sich der angesammelte Talg in Form eines länglichen Pfropfes herausdrücken. In anderen Fällen fehlt dieser Punkt, und es sind an diesen Stellen die kleinen, weisslich durchscheinenden Knötchen zu sehen, und diese nennt man Hirsekörnchen (Milium, Grutum).

Die Anhäufungen sind gelegentlich der Sitz für Exsudation, Induration, Eiterung (Acne simplex, indurata, pustulosa etc. — wie diess später besprochen werden wird.

Comedones kommen am häufigsten im Gesichte, am Nacken, Rücken etc. vor; sind bei manchen jungen Menschen, ohne Unterschied des Geschlechtes sehr häufig, und lassen sich nicht auf bestimmte ätiologische Verhältnisse zurückführen.

Stuhlverstopfung soll ihr Erscheinen begünstigen, ebenso sind scharfe Speisen: Käse, Schinken, Gewürze, Essig u. dgl. so wie erhitzende Getränke die Gelegenheits-Ursachen für deren häufigeres Erscheinen.

Die Comedones können durch die oft wiederholten Entzündungen der Talgdrüsen und ihrer Umgebung, sowie dadurch, dass sie manchmal nicht zu entfernen sind, und Jahrelang immer wieder sich bilden u. s. w., sehr lästig werden.

Therapie.

Bei Seborrhoe der Erwachsenen genügt fleissiges Waschen mit Seifenwasser.

Beim Gneis der Kinder ist auch nichts weiter nothwendig, und es wird derselbe, wenn er gelegentlich zu grösserer Menge angesammelt ist, am leichtesten und schonendsten dadurch entfernt, dass man die Stellen des Abends mit Fett (Butter etc.) gut einschmiert, und nächsten Morgen mit warmen Seifenwasser abwäscht; oder man schmiert Eigelb auf den Gneis und wäscht gleich darauf das Ganze mit warmen Seifenwasser ab.

Die Mitesser müssen ausgedrückt werden, die betreffenden Stellen sollen fleissig mit warmen Seifenwasser gewaschen und die dem Kranken bekannten Schädlichkeiten (Käse etc.) gemieden werden.

In hartnäckigen Fällen lobt man als Waschwasser: Lösungen von Borax, von Sublimat, Mischungen von Benzoëtinctur, Eau de Cologne mit Wasser etc.

D. Exsudate.

Die Prozesse, welche Hebra zu den acuten Exsudationen der Haut rechnet, wurden von uns zum Theil im 1. Bande als exanthematische Prozesse abgehandelt; die übrigen als: Verbrennungen, Erfrierungen, Anthrax gehören in die Chirurgie.

Wir haben nur noch den Herpes und seine weiteren Species hier zu besprechen, und reihen demselben gleich die sogenannten chronischen Exsudate an.

I. Herpes, Flechte.

Erscheint unter der Form kleiner oder grösserer gruppenweise geordneter und auf hyperämischer Hautfläche erscheinender Bläschen, welche Anfangs durchscheinend sind, später sich trüben, eine dunkle Färbung annehmen, stets im Verlaufe zusammenfliessen, und ob sie platzen oder einsinken, am Ende zu einem dünnen Schorfe (crusta lamellosa, Schuppengrind) vertrocknen. Die Schorfe fallen bald früher, bald später ab.

Herpes verläuft gewöhnlich acut, jedes einzelne Bläschen ver-

läuft binnen 6 — 7 Tage; chronisch wird er nur durch Nachschübe, die häufig an anderen Orten erfolgen als die erste Eruption.

Herpes verläuft typisch, und ist manchmal selbstständig; häufiger kommt er symptomatisch bei anderen Erkrankungen vor. Fieber ist keine wesentliche Erscheinung in seinem Verlaufe.

Seine Eruptionen haben das Eigenthümliche, dass sie in sehr umschriebener oder auffallend bezeichneter Form vorkommen, und von starken Schmerzen der betreffenden Glieder begleitet werden, welche dem Verlaufe der Nerven folgen, und entweder der Eruption vorausgehen oder noch mit ihr, ja selbst über sie hinaus bestehen.

Ferner gehen die einzelnen Eruptionen häufig genug abortiv zu Grunde, d. h. es beginnt auf der hyperämischen Haut die Entwicklung einzelner Bläschen, oder auch selbst ohne dem gehen die Vorläufer: Schmerzen und die Röthe zurück, und der Prozess kommt nicht weiter zur Entwicklung (Herpes abortivus).

Diejenige Form des Herpes, welche am selbstständigsten vorkömmt, ist der Herpes Zoster. (1. Band).

Die weiteren Varietäten sind durch den speciellen Sitz der beschränkten Eruption oder durch ihre eigenthümliche Form etc. ausgezeichnet.

Herpes labialis (Hydroa febrilis) kommt an den Lippen oder in deren Nähe vor, besteht aus einer oder einigen Gruppen von Bläschen etc. ut supra. Stechende Schmerzen gehen der Eruption voraus, Brennen und Spannen begleitet dieselbe.

Diese Form kommt im Verlaufe anderer acuter Prozesse, vorzüglich des Wechselfiebers, der Gallenfieber und der Entzündungen vor. Bei Typhus ist Herpes nicht zu beobachten.

Eigentliche Bedeutung hat gewöhnlich das Erscheinen dieses Herpes nicht. Krisis ist er nicht, und auch auf einen gutartigeren Verlauf kann man dadurch nicht schliessen.

Herpes auricularis, palpebrarum, nasalis etc. sind bloss dem Sitze nach vom Vorigen verschieden.

Herpes praeputialis (Herpes pseudosyphilis), An der inneren Fläche der Vorhaut oder an der Eichel des männlichen Gliedes entstehen 1 — 2 Gruppen, auch nebst einzelnen Bläschen, die den bereits angegebenen Verlauf nehmen, und von den gewöhnlichen Schmerzen begleitet sind.

Seine Aetiologie ist ganz unbekannt. Er kommt wiederholt bei demselben Individuum vor.

Die gruppenweise Anordnung der Bläschen mit dem gemeinschaftlichen Hofe, die Schmerzen und der weitere Verlauf sichern die Diagnose vor Chankerbläschen.

Herpes vulvalis kommt am Scheideneingange vor, und ist viel seltener als der präputialis.

Herpes circinatus. Die hyperämische Stelle mit den gruppirten Bläschen stellt einen Kreis oder das Segment eines Kreises dar. Kommt auf den Armen, den Schultern, auch im Gesichte etc. vorzüglich bei jungen Leuten mit zarter Haut vor.

Ist gewöhnlich von keinen Allgemeinstörungen, manchmal wohl von Gliederschmerz begleitet, und man kennt seine näheren Ursachen auch nicht.

Herpes iris (Regenbogenflechte), die seltenste Form; sie besteht aus einigen concentrischen Ringen von hyperämischer, verschieden nüancirter Färbung, die mit Bläschen besetzt sind; den Mittelpunkt bildet ein kleines oder ein grösseres Bläschen. Kommt auch bei Individuen mit zarter Haut am Handrücken, seltener am Halse oder im Gesichte vor.

Allgemeine Störungen etc. sind keine nothwendigen Begleiter; die Ursache ist unbekannt.

Herpes iris wird häufig in seiner Ausbildung unterbrochen, bleibt als Erythema iris einige oder mehrere Stunden stehen und verschwindet, während sich an anderen Stellen weitere Gruppen von Herpesbläschen fortentwickeln.

Herpes phlyctaenoides, universalis etc. werden mehr zerstreute zahlreichere Herpes-Eruptionen genannt, welche keine der obigen Formen darbieten.

Eine mehr allgemeine Eruption von Herpes ist von Fieber, starken Schmerzen etc. begleitet, wie diess bei Zoster gesagt wurde. Auch über Aetiologie und Verlauf gilt das dort Angegebene.

Die Therapie aller dieser angeführten Formen von Herpes ist eine negative; symptomatisch werden die Schmerzen gestillt und local ist manchmal weiters das zu thun, was wir schon bei Zoster gesagt haben.

II. Eczema, nässende Flechte.

Besteht in einer Eruption von zahlreichen dicht beisammen stehenden Bläschen, welche ein mehr weniger klebriges Fluidum enthalten, unter brennenden Schmerzen zu Stande kommen, sofort leicht platzen, und zu dünnen anliegenden oder anklebenden Schuppen ver-

trocknen, unter welchen noch einige Zeit die Absonderung fortdauert.

Man unterscheidet der Verlaufsweise nach ein acutes und ein chronisches Eczem.

a) Das acute wird dem Grade der begleitenden Hyperämie und dem Producte der Exsudation nach in ein Eczema simplex, rubrum und impetiginosum unterschieden; diese Formen kommen gelegentlich nebeneinander und hintereinander vor.

α. Beim Eczema simplex kommt die Eruption auf normaler oder wenig gerötheter Haut und mit geringen Schmerź zum Vorschein; die Bläschen stehen nicht lange, platzen bald oder werden aufgekratzt, wodurch leichte Excoriationen zum Vorschein kommen; der Inhalt der Bläschen vertrocknet zu dünnen, manchmal mit ein bischen Blut gefärbten Schuppen; in der nächsten Umgebung kann ein Nachschub stattfinden, oder es dauert die Secretion an der ursprünglichen Stelle fort; das Secret löst die Schuppen ab, ergiesst sich in die Wäsche des Kranken, vertrocknet theilweise wieder etc. und es geht der Prozess in die chronische Form über.

β. Das Eczema rubrum kommt auf stark hyperämischer Stelle unter heftigen Brennen, Spannen, stechenden Schmerzen der Haut zu Stande, und es geht die Hyperämie eine ganz unbestimmte Zeit der Bläschenbildung voraus. Die Bläschen sind bald mehr gedrängt, bald nicht; ihr Fluidum ist trübe, sie platzen und ergiessen eine sehr klebrige, milchig, auch eiterig aussehende Flüssigkeit, wodurch die betreffende Stelle stellenweise feucht erhalten, stellenweise mit dünnen lockeren Krusten bedeckt wird. Allenthalben sieht man excoriirte Hautstellen roth durchschimmern, die brennenden Schmerzen dauern fort, der Kranke kratzt, dadurch werden die Excoriationen und die Secretion vermehrt. Das Ganze dauert eine ganz unbestimmte Zeit fort, greift auf andere Theile über; die nahe gelegenen Lymphdrüsen schwellen nicht selten an; und es wird das Leiden, sobald die Eruption eine grössere oder allgemeine ist, vom starken Fieber begleitet, und für den Kranken einer der unerträglichsten Zustände, weil er nebst den starken Schmerzen noch dadurch gequält wird, dass eine jede Lageänderung durch das Ankleben der Glieder an die steif werdende Wäsche etc. unmöglich wird. Auch bei dieser Form sind weitere Nachschübe häufig; und auch sie geht in den chronischen Verlauf über.

γ. Das Eczema impetiginosum (das pustelartige Eczem) kommt entweder gleich als solches zu Stande, oder geht

aus dem rubrum hervor; und unterscheidet sich vom Eczema rubrum nur dadurch, dass der grössere Theil des Secrets gleich zu dicken körnigen Borken vertrocknet, welche, wenn unter ihnen die Exsudation noch fortdauert, zu bedeutenden Massen anwachsen können. In der Umgebung steht Hyperämie und neue Exsudation fort oder nicht; stellenweise sind kleine Bläschen oder grössere Blasen mit trüben, eiterigen Fluidum gefüllt in der Umgebung zu sehen etc. — Spannende, brennende Schmerzen, behinderte Beweglichkeit des Theiles, Anschwellung der Drüsen und bei höheren Graden Fieber etc. stehen so lange, bis nicht die Exsudation beendet ist. Auch diese Form kann chronisch werden.

b) Das chronische Eczem geht aus einer der früheren Formen hervor, oder kommt langsam aus einer chronischen Hyperämie oder Pityriasis rubra zu Stande.

In ausgesprochener Form stellt sich an der betreffenden Stelle die Cutis infiltrirt dar, sie ist dicker, schwerer zu falten; die Stelle ist entweder mit dünnen oder dickeren Lagen fest anhängender, dunkel gefärbter Schuppen bedeckt, zwischen welchen durch stellenweise dickere borkige Massen abgelagert sind, oder sich stellenweise eine ganz junge, glänzende, gespannte Epidermis oder streifige, punctförmige, rothe aufgekratzte Stellen wahrnehmen lassen. Manchmal bildet bloss die junge Epidermis mit einzelnen Schuppen die Bedeckung, und hat das rissige, gestreifte oder punctirte Aussehen. In der Umgebung findet sich Abschuppung, manchmal Pustel- häufiger Bläschenbildung.

Werden die kranken Stellen leicht aufgekratzt, so geben sie ein klebriges, seröses Fluidum von sich, in anderen Fällen oder nach stärkeren Kratzen des Kranken, oder bei zeitweiser Verschärfung des Uebels fliesst eine grössere Menge dieser Flüssigkeit von selbst aus (Salzflüsse der älteren Aerzte), stinkt häufig, beschmutzt die Wäsche, macht sie steif.

Nach Ort und Ausbreitung des Leidens kommen mannigfache Functionsbehinderungen der Theile zu Stande. Das constanteste und lästigste subjective Symptom ist ein heftiges oft unausstehliches Jucken, welches zeitweise stärker auftritt, und den Kranken zwingt, die betreffenden Theile bis zum reichlichen Bluten derselben zu kratzen.

Der Grad des chronischen Eczem's ist ein ganz verschiedener; ebenso die Dauer und die Verlaufsweise; gewöhnlich verlaufen die am längsten dauernden Fälle mit bedeutenden Remissionen in den Erscheinungen, mit theilweisen Stillstehen und Zurückgehen der ma-

teriellen Veränderungen an Ort und Stelle, und es erfolgen die Verschlimmerungen gewöhnlich von selbst, ohne nachweisbaren hinreichenden Ursachen, oder es lassen sich solche im Regime des Kranken, dessen Diät oder in der Jahreszeit etc. auffinden.

Leichtere Verschärfungen des chronischen Zustandes sind von Anstrengungen des Körpers, dem Genusse scharfer, reizender Kost, geistiger Getränke u. dgl. abhängig. Durch diese Momente, so wie durch Wärme (Bett, Ofenwärme etc.) wird das lästige Jucken jedesmal gesteigert etc.

Die Dauer zieht sich von Monaten in die Jahre hinaus.

Der Verlust an Säften ist bei der impetiginösen Form manchmal erheblich; in den übrigen Fällen ist es mehr das lästige oft unausstehliche Jucken, welches dem Kranken keinen Schlaf gestattet, und die nach dem Sitze des Eczems verschiedene Behinderung einzelner Verrichtungen des Lebens, des Geschäftes und die hieraus erwachsende Verstimmung des Gemüths, welche die Constitution des Kranken secundär herabsetzen; und so geschieht es, dass da, wo diese Zufälle nicht oder nicht hochgradig Platz greifen, das Eczem lange Zeit ohne sichtlichen Verfall der Vegetation getragen werden kann.

Was das Verhältniss der Hyperämie, der Infiltration und der Secretion (dieser sowohl der Qualität als der Quantität nach) zu einander betrifft, so ist diess bei den chronischen Formen eben auch ein sehr verschiedenes, gewöhnlich sehr wechselndes oder gemischtes, wie wir es schon bei den acuten Formen angegeben haben; und es lassen sich hiefür weder im localen Sitze, noch in den Constitutions-Verhältnissen des Kranken oder in der Dauer des Prozesses genügende, allgemein gültige Normen auffinden.

Was den Sitz und die Ausbreitung sämmtlicher Eczemformen anbelangt, so sind sie in der Mehrzahl locale, d. h. auf eine gewisse Parthie der Haut beschränkte Prozesse, von sehr verschiedener Ausbreitung.

Als ganz allgemeiner Prozess kommt Eczem manchmal mit acutem Verlaufe vor, wo die einzelnen Theile des Körpers nach und nach von mehr rascheren oder langsameren Schüben der Eruption befallen werden; und es sind diese Formen manchmal von leichten, oder von heftigen Fieber und mannigfachen Hyperämien innerer Organe begleitet.

Das Eczema impetiginosum, wie es bei Kindern und jungen vollsäftigen Leuten im Gesichte oder dem behaarten Theile des Ko-

pfes am häufigsten vorkömmt, bleibt gewöhnlich auch auf diese Parthie beschränkt; das Uebergreifen auf die Extremitäten oder dem Stamme ist seltener.

Die chronischen habituellen Formen sind die am meisten beschränkten, ebenso die rein durch locale Ursachen angeregten acuten Fälle.

Nach dem besonderen Sitze des Eczems werden nun auch verschiedene Varietäten desselben angeführt, die Bezugs der begleitenden Zufälle, der nöthigen Therapie (ihrer näheren Anwendungsweise), und manchmal auch Bezugs der Aetiologie so manche Abweichungen darbieten, welche aber im concreten Falle sich leichter aus den Umständen von selbst ergeben, als sich im Allgemeinen kurz und deutlich darstellen lassen.

Die häufigsten localen Eczeme sind:

Das Eczema capitis, Tinea capitis, Porrigo, Kopfgrind ist am häufigsten bei Kindern zu beobachten; kommt in allen Formen vor, vorzüglich aber als rubrum und impetiginosum, — lässt sich als solches von den Formen des Achor nicht streng trennen, ist mit Seborrhoe, Drüsenanschwellungen, manchmal mit Catarrh der Augen, der Nase etc. complizirt (bei Scrophulösen); Läuse sind gewöhnlich in grösserer Menge zugegen; Hirnreizsymptome etc. stellen sich manchmal ein, und gewöhnlich zieht sich diese Form in die Länge.

Chronisches Eczem des Kopfes mit mehr weniger Secretion oder vorwaltender Hyperämie und Infiltration kommt bei Erwachsenen des weiblichen Geschlechts manchmal vor, und ist sehr hartnäckig.

Das Eczem des Gesichtes, die crusta lactea, die Milchborke, die Vierziger kommt bei Kindern und jungen Leuten ebenfalls vorwaltend als impetiginöses vor, und wird bei scrophulösen, oder bei Mangel an Pflege und Reinlichkeit, sonst aber nicht leicht chronisch.

Durch starkes Kratzen können bleibende Narben zu Stande kommen; manchmal bleiben dunkle Flecke die längste Zeit darnach zurück.

Das Eczem der Ohren kommt mit den früheren, oder bei Erwachsenen auch allein vor.

Andere locale Formen sind am häufigsten die Formen von rubrum und impetiginosum, welche im Verlaufe der Krätze in den Gelenkbeugen, am Hinterbacken etc. vorkommen, ferner das

chronische Eczem an der Streckseite des Unterschenkels oder in der Achselhöhle, am oberen Theil des Schenkels etc.; das Eczem an den Händen (zwischen den Fingern und am Rücken der Hand), an den Geschlechtstheilen, am After, an der Brustwarze etc.

Aetiologie.

Die Disposition findet sich bei Kindern und jungen Leuten häufig in der Scrophulose, oder in einer temporären oder mehr bleibenden Vollsaftigkeit des Individuums (lymphatische Constitution); bei Erwachsenen manchmal in den mechanischen Störungen des Kreislaufes bei Herz- und Lungenleiden, bei Varicositäten der Venen, in der Zeit der Involution (bei Weibern nach dem Aufhören der Menstruation), in den eigenthümlichen Constitutions-Verhältnissen bei Gicht und Säufer-Cachexie, am häufigsten ist für die hartnäckigsten Fälle kein hinreichender Grund in der Constitution des Kranken aufzufinden. Bei Mädchen soll die Ausbildung des Eczems besonders des Kopfes, manchmal mit Störungen der Menstruation im Verhältnisse stehen (Vide Störung der Menstruation). Auch durch die Schwangerschaft werden temporäre Eczeme begünstigt.

Gelegenheits-Ursachen sind für die acuten Formen manchmal äussere Reize: Hitze, Staub, Schwefelbäder, Quecksilber- und Jod-Einreibungen, die scharfen Säfte von Rhus, Euphorbium etc. ranziges Fett, Unreinigkeit, Läuse, Schweiss etc. etc. — Bei Krätze ist Eczem häufig, ohne dass Schwefel noch angewendet wird.

Die chronischen Formen localer Eczeme gehen manchmal aus der fortgesetzten Einwirkung einzelner dieser Schädlichkeiten: Schmutz Schweiss hervor; in anderen Fällen lässt sich auch von dieser Seite keine hinreichende Ursache auffinden; doch wird in den meisten Fällen durch schlechtes Verhalten, durch Unreinlichkeit, Mangel an Schonung, häufig durch saure, scharfe Speisen etc. der Zustand, wenn auch nur temporär verschlimmert.

Aehnlichkeit.

Das acute Eczem ist durch das gedrängte Beisammenstehen der Bläschen oder durch die überwiegende Secretion auf die freie hyperämische Haut von anderen acuten Ausschlägen leicht zu sondern; und es ist hierauf, sowie auf dem localen brennenden Schmerz vorzüglich darum zu achten, damit man das Eczem in den Gelenkbeugen, am Rücken der Hand etc. wie es im Verlaufe und bei der Behandlung der Krätze vorkommt, nicht mit der Krätz-Efflorescenz selbst verwechsle.

Das impetiginöse Eczem lässt sich von den gedrängten Erup-

tionen der pustulösen Formen nie streng scheiden, sie kommen immer gemeinschaftlich neben einander vor.

Das chronische, nicht impetiginöse Eczem wird durch die bestehende Secretion einer serösen klebrigen Flüssigkeit, welche von selbst ausfliesst, oder doch durch leichtes oberflächliches Kratzen leicht hervorgerufen wird, von Psoriasis, Pityriasis etc. unterschieden.

Die Prognose ist nicht in allen Fällen gleich, im Gegentheil in den meisten eine verschiedene.

Locales Eczem durch äussere Ursachen acut entstanden, wird nach der baldigen Beseitigung der Ursache bald von selbst oder durch geringe Kunsthilfe behoben.

Stärkere Eruptionen der mehr entzündlichen Formen sind manchmal in den Erscheinungen sehr heftig, doch nicht leicht gefährlich; und sie sind theils wegen ihrer Symptome, theils durch den Uebergang in die chronische Form lästig und beschwerlich.

Nicht selten scheinen aber stärkere Eruptionen bei jugendlichen Individuen oder Kindern eine Verbesserung der Constitution nach sich zu ziehen, und es ist die kritische oder präservative Bedeutung dieser Leiden für andere deletäre Organ-Erkrankungen nicht vollends in Abrede zu stellen.

Chronische Eczeme sind immer sehr lästige, oft unerträgliche, das Gemüth und manchmal mit der Zeit auch die Constitution untergrabende Uebel. Je länger sie bestehen, und je älter das Individuum ist, desto weniger Aussicht hat man auf ihre vollständige oder schnelle Heilung, namentlich wenn sich in der Lebensweise etc. nicht die hinreichende Ursache auffinden lässt, oder diese nicht geändert werden kann. Selten sind die Fälle, wo durch ein nicht sehr lästiges Eczem mit überwiegender Secretion die Zufälle anderer chronischer Zustände: Herzleiden, Emphysem u. dgl. gemildert, und leichter getragen werden.

Therapie.

Bei acuten Eczemen sind vorerst entfernbare Ursachen zu entfernen, und die noch bestehende Hyperämie zu mässigen; wozu in vielen Fällen kalte Waschungen, kalte Umschläge vollkommen ausreichen.

Bei vollsäftigen Kindern und jungen Leuten sind bei stärkerer Eruption oder fortgesetzten Nachschüben des Eczema impetiginosum: karge Kost, Abführmittel, vorzüglich Calomel, Senna, Calomel und Jalappa, und zwar einige Zeit fortgegeben, angezeigt.

Bei scrophulösen Kindern ist Leberthran zu geben, und die Hautcultur durch Bäder nicht zu versäumen (vide Scrophulose).

Bei starker Secretion sind die der Epidermis beraubten Stellen durch Charpie, Baumwolle, Einstreuen mit Semen lycopodii, oder durch in Oel getränkte Leinwandläppchen zu schützen. Bei Fieber und stärkeren Hyperämien ist ein strenges Regime, nach Umständen säuerliche Getränke u. dgl. nothwendig.

Ist die Hyperämie beschränkt und die weitere Exsudation sistirt, so ist häufig nebst Reinhaltung und Schonung der betreffenden Stelle nichts weiter nothwendig. Das zu Schuppen oder Borken vertrocknete Exsudat löst sich nach einiger Zeit von selbst ab, die Stelle der Haut bleibt noch eine Zeit lang empfindlich, verliert nach und nach ihre Röthe, wird endlich mit entsprechend dicker und fester Epidermis überzogen.

Wo hingegen die Exsudation noch länger fortdauert, oder dieselbe hartnäckig auf einzelne Stellen beschränkt bleibt, ist die Anwendung leichter Adstringentia angezeigt, und man hat in den Fällen, wo dickeres Exsudat den Zugang zur Haut nicht gestattet, dasselbe vorerst durch Einschmieren mit reinen Oel, Milchrahm, durch Cataplasmen etc. zu entfernen. Alaun mit frischen Eiweiss in Form eines Liniments abgerieben, geringe Mengen Jodschwefel in Salbenform (5—10 Gran auf ½ Unze Fett), das Einpinseln mit Jod- oder Opium-Tinctur, eine schwache Zinksalbe etc. reichen bei Eczemen des Gesichts, des Kopfes etc. aus; und nur selten wird man zur Anwendung von stärkeren Aetzmitteln seine Zuflucht nehmen müssen.

Das chronische Eczem erfordert für sich keine innerliche Behandlung; das Eczem als solches muss äusserlich behandelt werden, und die sonstige Anwendung von Medicamenten kann nur dort Platz greifen, wo sie durch ein ausgesprochenes constitutionelles Leiden (Scropheln, Anämie etc.) erfordert wird.

Die locale Behandlung ist eine verschiedene, in den meisten Fällen ohne scharfe Indicationen, eine rein empirische.

Bei chronischen Eczemen des Kopfes der Erwachsenen, so wie bei dem mit unerträglichen Jucken einhergehenden Eczem der Genitalien und am After ist Kälte unter allen Formen: als Douche, Waschung, Bad, Umschlag vom Vortheile; nur muss die Anwendung einigemal des Tages geschehen, und längere, ja lange Zeit fortgesetzt werden.

Die fleissige Anwendung der Schmierseife, so wie des Buchentheers (einfach als Einschmierung) ist bei chronischen und mehr verbreiteten Eczemen zu versuchen.

Umschriebene Eczeme an den Extremitäten, am Gesässe etc. werden am besten mit Kalilösung weggeschafft (nach Hebra 1 Drachme Kali causticum auf 2 Drachmen Wasser), indem die kranken Stellen nach entfernten Crusten damit so lange gerieben werden, bis das Ganze gut verseift ist; hierauf macht man so lange kalte Umschläge, bis die brennenden Schmerzen, die dadurch erzeugt wurden, aufgehört haben; und es wird die Wiederhohlung nach Umständen alle Tag, alle 2. Tag so lange fortgesetzt, bis alle Infiltration der Cutis geschwunden, und die Secretion aufgehört hat. Bei mehr umschriebenen Eczemen kann man Lapis infernalis oder Sublimat in Lösung auf gleiche Weise anwenden.

Ich habe schon paarmal einen ecclatanten Erfolg bei chronischen Eczem der Extremitäten von der Anwendung des Oleum rusci (nach Blasius) gesehen. Das Oleum rusci (von Betula alba) wird in die kranke Stelle eingerieben, hierauf werden der grossen Schmerzen und Hitze wegen kalte Umschläge gemacht, und damit so lange fortgesetzt, und so verfahren wie mit der caustischen Lösung; nur muss nach einigen Tagen der Anwendung des Oeles immer die Stelle mit Seifenwasser gut abgewaschen werden.

Von der fortgesetzten Behandlung eines chronischen Eczem's wäre jedes Mal dann abzustehen, wenn mit dessen Abnahme andere schon bestehende Zufälle sich verschlimmerten, oder noch nicht dagewesene hinzutreten möchten.

III. Scabies, Krätze.

Ist eine Hautkrankheit, welche durch die Gegenwart des Acarus scabiei, Saroptes hominis, Krätzmilbe erzeugt wird, und sich durch krystallinische Bläschen und die Milbengänge an gewissen Stellen des Körpers, so wie durch starkes Jucken kennzeichnet.

Die Krätzmilbe ist getrennten Geschlechtes und erzeugt da, wo sie sich unter die Epidermis eingräbt, Bläschen und Gänge (Milbengänge); letztere, besonders die grösseren sollen nur von dem befruchteten Weibchen herrühren, sind verschieden, auch bis zu einem Zoll, gewöhnlich aber einige Linien lang und geschlängelt. Bei zarter weisser Haut erscheinen sie weisslich, sonst auch schmutzig, schwärzlich gefärbt und sehen wie Nadelritze aus. An dem einen Ende, wo die Milbe sitzt, sieht man eine dunkle Hervorragung, ebenso werden ähnliche Puncte im Verlaufe des Ganges durch die abgesetzten Eichen erzeugt. Die Bläschen sind klein, zugespitzt und mit krystallini-

scher Flüssigkeit gefüllt, nur einzelne enthalten ein mehr trübes Fluidum.

Die Milben graben sich an den Stellen ein, wo die Epidermis zart ist; am häufigsten zwischen den Fingern, an der inneren Fläche des Handgelenkes, am Penis, in der Achselhöhle, zwischen den Zehen, am Gesässe etc.

Diese Milben erzeugen ein heftiges, mehr weniger allgemeines Jucken, welches bei allen Erhitzungen des Körpers, vorzüglich aber des Nachts in der Bettwärme (durch die Unruhe der Milben und das Wandern der Männchen) gesteigert wird.

Diese zwei Symptome: Bläschen und Gänge an den genannten Stellen und das lästige Jucken gehören der Krätzmilbe an, und machen auch den Symptomen-Complex der ganzen Krankheit aus.

Bei wenig empfindlichen Personen erreicht daher auch die Krätze (oder Milbe) eine ziemliche Verbreitung, ehe der Kranke darauf aufmerksam wird; bei anderen hingegen ist bei der Gegenwart eines einzigen Ganges das Jucken ein unerträgliches.

Selten stellt sich jedoch die zur Beobachtung kommende Krätze nur mit diesen zwei Symptomen dar, gewöhnlich sind noch weitere secundäre Veränderungen auf der Haut wahrzunehmen, welche grösstentheils Folge des starken Kratzens sind, aber auch ohne dem dort zu Stande kommen, wo die Kranken ihren Zustand nicht beachten, und ohne viel Kratzen denselben Wochen lang herumtragen, oder welche bei manchen Leuten so schnell und so ausgebreitet beobachtet werden, dass sie auf Rechnung des Kratzens nicht allein gebracht werden können.

Die häufigsten Begleiter der Krätze sind: kleine rothe Knötchen, welche an den Händen, den Armen, am Leibe (wo die Kleider festgehalten werden), an den Schenkeln etc. vorkommen; rothe Flecke mit und ohne Eczembläschen in den Gelenkbeugen, in der Achselhöhle, am Hinterbacken; punkt- und linienförmige Hautabschürfungen an den verschiedensten Stellen; kleine mit Eiter gefüllte Bläschen in der Nähe der Handgelenke, an der Beugefläche des Vorderarmes etc.

Selten sieht man bei Erwachsenen, und nur bei weisser, zarter Haut eine stärkere Eruption von Impetigo-Pusteln, oder ein stärkeres Eczema rubrum impetiginosum an den Gelenken; letztere Formen sind dagegen häufig bei länger bestehender Krätze an den Hinterbacken, besonders solcher Leute zu finden, deren Beschäftigung eine sitzende ist.

Als ganz zufällige Complicationen können sich andere chronische Hautkrankheiten vorfinden.

Die Unterscheidung in eine Scabies vesiculosa, pustulosa etc. hat für das Vorkommen der Krätze bei uns keinen practischen Werth; dass es übrigens wirkliche Pusteln und Crusten in grosser Anzahl geben könne, in welchen auch eine Menge von Krätzmilben zu finden sind, hat neuerer Zeit Prof. Rigler im Oriente und Hebra in Norwegen beobachtet.

Aetiologie.

Die Ursache der Krätze ist der Acarus; übertragen wird derselbe durch gemeinschaftliche Benützung des Bettes, der Kleider; durch Handtierung mit Kleidungsstücken oder Stoffen, in denen Milben haften. Durch Unreinlichkeit wird die Verbreitung befördert; der häufige Gebrauch des Wassers oder scharfer Stoffe hindert die Haftung der Milbe. In manchen Lokalitäten, schmutzigen Wohnungen etc. geht die Milbe nie aus. Unter Leuten, die in enger Kameradschaft leben, ist die Verbreitung eine leichte; leichter, wenn diese Leute sich unrein halten.

Dauer und Folgen.

Mit der Entfernung der Milbe ist auch die Krätze entfernt und geheilt. Da jedoch Erstere eine ganz unbestimmte Zeit haften kann, ohne dass sich weitere Zufälle einstellen, oder bei nicht achtsamen, schmutzigen Leuten auch Letztere schon länger sichtlich ausgebildet sein können, ehe überhaupt der Zustand zur Sprache kömmt; so ist mit der Entfernung der Milben nicht immer noch alles Kranksein entfernt, weil die mittlerweilen entstandenen Knötchen, Pusteln, Eczeme etc. auch hinterher noch einige Zeit zur Heilung erfordern. Auch ist bei längerem Bestand der Krätze die Entfernung der Milben selbst nicht immer eine so ganz bestimmt mit Einemmal abzumachende Sache.

Wie weit die folgende Hauterkrankung fortschreiten könne, und wie weit durch lange bestehende Krätze die Constitution endlich leiden könne, ist nach dem Vorkommen der Krätze unter unseren Verhältnissen nicht leicht zu bestimmen, doch ist an der Möglichkeit eines auf diese Art zu Stande kommenden, bedeutenden langwierigen Krankseins nicht zu zweifeln.

Die sogenannten Metastasen älterer Aerzte nach unterdrückter oder schnell geheilter Krätze existiren aber nicht; sie sind a priori nicht zu begreifen und a posteriori durch jahrelange Behandlung mit den sogenannten Exstinctions-Curen vollständig widerlegt.

Diagnose.

Wo es sich um genaue Untersuchung auf Krätze handelt, müssen die oben angegebenen Theile alle inspicirt werden; weil Milbengänge mit Umgehung der Finger anderswo gefunden werden können.

Andererseits ist da, wo es sich um Beschränkung der Krätze unter Leuten handelt, die gemeinschaftlich leben müssen, nicht immer auf die Gegenwart der Milbengänge zu insistiren, um die Diagnose auf Krätze zu machen; es genügen die übrigen Zeichen: Bläschen, Jucken, secundäre Knötchen etc. vollständig zur Diagnose. Nicht immer sind Milbengänge zugegen, und noch weniger werden sie immer im Momente leicht gefunden.

Therapie.

Nach der jetzigen Kenntniss der Krankheit handelt es sich um Zerstörung der Milben auf eine Art, dass hierdurch keine neuen Affectionen der Haut gesetzt, oder schon vorhandene gesteigert werden.

Man sucht diess durch verschiedene Mittel und in möglichst kurzer Zeit zu erreichen.

Was die Mittel anbelangt, so ist es durchaus nicht nothwendig, die alte und immer bestehende Mode mitmachen, neue Mittel nemlich entdecken zu wollen; der Schwefel ist vollkommen genügend, und man erreicht mit der einfachen Schwefelsalbe dieselben Resultate, wie mit den zusammengesetzteren Präparaten oder den sogenannten spezifisch die Milben tödtenden Mitteln. Bei der Anwendung der Schwefelsalbe handelt es sich zunächst darum, dass die Haut früher (durch Seifenwaschung oder im Bad) erweicht wird, und dass nur die Stellen, wo Milben sind, diese aber so lange gerieben werden, bis Gang, Bläschen und Milben zerstört sind. Hinterher ist der Schwefel bald durch ein Bad zu entfernen, und sonstige Efflorescenzen durch Bäder, Seifenwaschungen etc. zu beseitigen.

Eine genaue Ueberwachung der Einschmierung ist somit die eine Bedingung, und das Fehlen sonstiger secundärer Eruptionen die zweite, damit die Kur schnell gelinge.

Es braucht weiter nichts, und das ofte Schmieren, das Liegen in Kotzen etc. erzeugt nur Eczeme und Verlängerung des Ganzen.

In Belgien und Frankreich sind die schnellen Behandlungen der Krätze derart eingeführt, dass die Krätzkranken gar nicht in das Spital zur Behandlung förmlich übergeben, sondern bloss dahin geschickt und nach ein paar Stunden ohne weiterer ärztlicher Untersuchung etc. wieder nach Hause entlassen werden.

In der belgischen Armee besteht folgende Vorschrift für diese Behandlung:

1. Der Kranke wird $1/2$ Stunde lang mit schwarzer Seife (60 Grammes) am ganzen Körper eingeschmiert (und gerieben).

2. Gleich darauf ein halbstündiges Bad.

3. Nach dem Bade allgemeine Reibungen mit Kalkschwefelleber (in Wasser gelöst).

4. Abwaschungen mit lauen Wasser.

Die ganze Behandlung erfordert zwei Stunden.

Eine andere schnelle Behandlung ist die Hardy'sche Schmierkur; sie besteht aus einer eine halbe Stunde dauernden Einreibung mit schwarzer Seife; aus einem Bade von 1 Stunde Dauer, in welchem das Reiben fortgesetzt wird (die Epidermis soll dadurch erweicht, und die Milbengänge zerstört werden); nach dem Bade folgt die Einreibung der Helmerich'schen Schwefelsalbe (8 Theile Fett, 2 Theile Schwefel, 1 Theil Kali carbonicum) über den ganzen Körper durch eine halbe Stunde. — Hierauf ist der Kranke geheilt.

Die Kleidungsstücke, Kotzen etc. der Krätzkranken müssen durch Hitze (in eigenen Oefen) oder durch Räucherungen mit Schwefel oder Chlor gereiniget werden; am besten hiezu ist die Ofenhitze, sie tödtet am verlässlichsten die vorhandenen Milben.

IV. Prurigo. Juckblattern, Juckknötchen.

Besteht in ganz kleinen bis linsengrossen, der Haut gleichfärbigen oder wenig gerötheten Knötchen, welche mehr zerstreut oder nicht sehr gedrängt beisammen stehen, vorzugsweise an den Streckseiten der Glieder vorkommen, ein sehr lebhaftes Jucken erzeugen, und aufgekratzt eine klare seröse Flüssigkeit und einen Bluttropfen von sich geben, welch letzterer zu einem kleinen schwarzen Schorfe vertrocknet und das Knötchen bedeckt.

Das Jucken ist vorzüglich bei Erhitzungen des Körpers, beim Genusse geistiger Getränke, scharfer Speisen, insbesondere aber des Nachts stark, oft unausstehlich, und zwingt die Kranken sich mit Bürsten zu reiben oder mit den Nägeln so lange zu kratzen bis Blut fliesst.

Bei irgend höheren Graden sind die nahe gelegenen Lymphdrüsen unter der Haut geschwollen; die Haut hat ein dunkles Colorit, ist dicker durch Hypertrophie des Papillarkörpers und der Epidermis; letztere schuppt sich fortwährend ab, ist manchmal reibeisenartig

rauh, und mehr weniger mit Schuppen (Pityriasis) bedeckt. Im Verlaufe des Prurigo kommt es zur Ausbildung von Pusteln, von Eczemen; zur Ausbildung von Cachexie, Oedem der Füsse, Anasarca etc.

Der häufigste Sitz sind die Extremitäten, vorzüglich die unteren, doch breitet sich der Prozess auch über den Bauch etc. den ganzen Stamm aus.

Nach der Grösse der Knötchen, der Verbreitung des Ausschlages, dem Grade der begleitenden Zufälle und dem Alter der Kranken unterscheidet man einige Formen von Prurigo.

Die geringsten Grade bei Kindern und jüngeren Leuten nennt man Prurigo mitis, höhere Grade Prurigo formicans.

Die Prurigo älterer Leute, welche gewöhnlich hochgradig und unheilbar ist, nennt man Prurigo senilis.

Prurigo an den Geschlechtstheilen (dem Hodensacke und den grossen Schamlippen), und dem After erzeugt häufig grosse Qualen wegen des heftigen nicht zu bändigenden Juckens; und es ist diese Art Jucken von dem ohne Knötchen vorkommenden Pruritus sine papulis (seu sine prurigine) nicht immer streng zu sondern.

Die Aetiologie ist ganz unbekannt; man beschuldigt schlechte Constitution der Kranken, schlechte feuchte Wohnungen, Missbrauch der Spirituosa, Unreinlichkeit etc.

Der Verlauf ist chronisch, zieht sich in die Jahre, oder durchs ganze Leben fort; macht zeitweise bedeutende Remissionen, setzt zuletzt die Constitution des Kranken herab etc.

Prurigo mitis ist milder im Verlaufe, auch der Therapie mehr zugängig.

Ansteckend ist Prurigo nicht, und wird des Juckens wegen leicht mit Krätze verwechselt; — die Diagnose ergibt sich aus der genaueren Untersuchung der Haut.

Die Therapie, welche in den hartnäckigen Fällen nur eine temporäre Besserung erzielen kann, hat die Lebensweise nach Möglichkeit zu ändern; die Constitution zu verbessern da, wo es den sonstigen Erscheinungen nach für nothwendig erachtet wird, und den Genuss der geistigen Getränke, sowie sonstiger Schädlichkeiten zu untersagen.

Sonst sind zu gebrauchen: laue Bäder, Schwefelbäder, schwache Laugenbäder, Seifenwaschungen, Einreibungen mit der Schmierseife oder mit Leberthran. Mit letzteren werden die Kranken methodisch täglich 2—3 mal geschmiert, auch in Kotzen gelegt; nehmen alle 3—4 Tage ein Bad, und das so fort, bis Besserung eintritt.

Hiedurch wird auch das starke allgemeine Jucken beschwichtigt; doch sind manchmal Opiate (Abends gegeben) symptomatisch gegen dasselbe nothwendig.

Bei dem hartnäckigen Jucken an den Geschlechtstheilen sind kalte Umschläge, kalte Douche, Waschungen mit sehr verdünnten Säuren, manchmal Blutegel (bei hinzutretender stärkerer Hyperämie) nothwendig.

Gegen das starke Jucken überhaupt und vorzüglich gegen das an den Geschlechtstheilen und dem Mittelfleische wird eine frisch bereitete Salbe aus reinem Fett und einem ganz kleinen Zusatz von salpetersauren Mercur empfohlen (Clement Olivier).

Als Specificum gegen Prurigo ani et vulvae gibt Richard ein Gemenge von gleichen Theilen grobgestossenen Alaun und Zinkvitriol an, welches auf gewöhnliche Weise bei mässigem Feuer so lange gebrannt wird, bis es steinhart ist, und keine Luftblasen mehr austreten lässt. Von dieser hierauf gepulverten Masse werden 16—18 Grammes (1 Gramme = $13\frac{7}{10}$ Gran) in kleinen Portionen von Minute zu Minute (um heftiges Aufbrausen zu vermeiden) in eine Litre (fast 3 Seitl) kochenden Wassers gegeben, die Lösung filtrirt, und hiemit Früh und Abends Waschungen mittelst eines kleinen Schwammes gemacht.

Schwefel innerlich genommen, und äusserlich mit Chloroform und Morphium in Salbenform angewendet, soll auch bei diesen lästigen Zufällen Hilfe geschafft haben.

V. Pemphigus, Pompholyx. Blasen-Ausschlag.

Kleinere oder grössere Blasen, welche ohne äussere Ursache auf rothen flachen Hautstellen sich ausbilden, der Zahl nach verschieden sind, ein trübes gelbliches Fluidum enthalten, nach einiger Zeit platzen, und entweder bloss excoriirte, oder mit der zu einem dünnen lamellösen Schorfe umwandelten Epidermis bedeckte Stellen darstellen, werden hierunter verstanden.

Man nennt die acuten Formen Pemphigus; die chronisch verlaufenden Pompholyx.

Acuter Blasenausschlag kommt nach Hebra bei Erwachsenen nicht vor. Bei Kindern gehört er als angeborner der Syphilis an; wird aber auch als idiopathischer Prozess nach der Geburt entstehen, und ohne besonderer Bedeutung acut verlaufen gesehen. Da-

bei ist die Zahl der Blasen verschieden manchmal nur eine — Pemphigus solitarius, sonst deren mehrere. (Bednař).

Pompholyx sind die oben angegebenen Blasen, welche an den verschiedenen Theilen des Körpers in sehr verschiedener Zahl und Ordnung der Eruption (immer mit Nachschüben) mit und ohne Vorboten, mit und ohne Fieber vorkommen können, immer chronisch verlaufen, sonst gesunde oder cachectische, und an sonstigen Krankheiten der Organe und der Haut Leidende befallen können, und deren entferntere Nachschübe sich in Wochen, Monaten und Jahren folgen können.

Durch die geringe Mächtigkeit der Crusten oder deren Mangel unterscheidet sich Pompholyx von Rupia.

Durch die grosse Anzahl von Blasen und Blosslegung der Cutis in bedeutender Ausdehnung kann Pompholyx auf dem Wege der Pyämie, sonst noch durch öfteres Kommen, und durch Erschöpfung der Constitution dem Leben gefährlich werden.

Die Aetiologie ist unbekannt; bei alten Leuten, bei Männern und herabgekommenen Constitutionen wird er häufiger gesehen. Schlechte Nahrung, schlechter feuchter Aufenthalt, nasskalte Witterung werden auch als Ursachen beschuldiget; er kommt in der schlechten Jahreszeit häufiger vor.

Die Therapie ist gegen Pompholyx bloss eine local-symptomatische.

Entfernthaltung aller Reize, Anfangs kühles Verhalten, manchmal kalte Umschläge bei Ausbildung der Blasen; später Bedecken der blossgelegten Stellen des Coriums mit Charpie, Semen lycopodii, Kohlenpulver etc.

Warme Bäder sind nachtheilig, sie begünstigen die Blasenbildung.

Die übrige Behandlung richtet sich nach den sonstigen Zuständen.

VI. Rupia, Rhypia. Schmutzflechte.

Eine blasenartige Form von Hautkrankheit, wobei der trübe Inhalt der Blasen zu dicken Borken vertrocknet, und beim Bestande der Borken die weitere Exsudation unter denselben und in ihrem Umfange noch fortdauert.

Kommt am häufigsten an den unteren Körpertheilen, vorzüglich an dem Ober- und Unterschenkel vor; beginnt als kleines Bläschen

oder als grössere Blase, welche auf hyperämischer Hautstelle aufschiessen, sich schnell als trübe eiterige Ansammlungen darstellen, und bald zur Borke werden, welche dick, körnig ist, und durch die fortdauernde Exsudation zum Theil in die Höhe geschoben, zum Theil von einem weisslichen Exsudationshofe umgeben wird.

Die Zahl der einzeln stehenden Blasen und Crusten ist verschieden; ihrer mehrere kommen immer als Nachschübe.

Der spezielleren Form nach werden diejenigen, welche nicht zu dicke Borken haben, Rupia simplex, die mit stark erhabenen, in der Mitte zugespitzten Borken Rupia prominens, und jene Rupia escharotica genannt, welche überhaupt dicke Borken haben, oder wo es unter den Borken zur Geschwürsbildung, zur Absonderung von Jauche etc. (wie bei cachectischen Individuen) kommt.

Aetiologie.

Rupia kommt manchmal bei constitutioneller Syphilis, häufiger bei scrophulösen Kindern und bei cachectischen, unter schlechten Verhältnissen lebenden Erwachsenen vor. Doch kommt sie auch bei ganz gesunden kräftigen Männern, mit einem abgegränzten acuten Verlaufe von 2—3 Wochen, mässigem Fieber etc. so vor, wie ein anderes Mal ein locales Eczema impetiginosum bei derlei Leuten zu beobachten ist.

Der Verlauf und die Dauer ist demnach verschieden. Nachschübe gehören zur Regel, und der chronische Verlauf bei Cachectischen ist der gewöhnliche.

Zahlreichere Eruption schwächt ohnehin schon geschwächte Kranke noch mehr; der Prozess ist wegen des schmerzhaften Zustandes lästig, und soll durch Geschwürsbildung und selbst durch Gangrän gefährlich werden können.

Dunkle länger dauernde Flecke oder auch Narben sind seine gewöhnlichen Folgen.

Aehnlichkeit.

Im Beginne der Blasenbildung ist Rupia von Pompholyx, später nach beendeter Exsudation von Ecthyma nicht immer zu sondern.

Die Therapie hat bei ausgesprochener Cachexie diese zu behandeln, örtlich Anfangs reizmildernd einzugreifen, später für Entfernung des Secretes und bei dessen schlechter Beschaffenheit auch auf localem Wege für Besserung des Prozesses zu sorgen (Chirurgie).

Rupia bei sonst gesunden Leuten erfordert Anfangs eine antiphlogistische Behandlung: kalte Umschläge, karge Kost, Abführmittel. Die Borken fallen von selbst ab, oder man unterstützt dieses mit

einem Oele, Milchrahm etc. und schützt die Stellen gegen äussere Reize.

VII. Impetigo, Pustelflechte, feuchter Grind.

Pustulöse Eruptionen ohne typischem Verlaufe werden hierunter verstanden.

Hebra unterscheidet dreierlei Arten von hieher gehörigen Pusteln; die kleinsten zu honigartigen Krusten vertrocknenden sind die Achor-Pusteln (Impetigo achor), grössere nicht scharf begrenzte Pusteln, welche eine weniger dicke, meist grünliche Borke geben, sind die psydracischen Pusteln (Impetigo psydracion), und die grössten gewöhnlich runden, mit einem härtlichen Hofe umgebenen, welche in einen dunkeln dicken Schorf übergehen, sind die phlyzacischen Pusteln (Impetigo phlyzacion).

Impetigo achor und diejenigen Formen von Impetigo psydracion, wobei die Pusteln gedrängt beisammenstehen, und zusammenfliessen, lassen sich von Eczema impetiginosum nicht schnell trennen; und es ist hierüber nichts Besonderes zu sagen, sondern gilt alles bei Eczema impetiginosum schon Angegebene.

Impetigo psydracion in solcher Eruption, dass die einzelnen Pusteln getrennt stehen (Impetigo sparsa) kommt gewöhnlich in untergeordneter Menge bei anderen Krankheiten der Haut (Krätze Eczem, Prurigo etc.), oder nach acuten Erkrankungen, seltener nach örtlichen Reizen bei sonst gesunden Individuen vor; diese Pusteln verlaufen mit und ohne Nachschüben, langsamer oder schneller; die Therapie ist eine ganz einfache — nach dem bis jetzt an anderen Orten Gesagten selbstverständliche.

Impetigo phlyzacion, das Ecthyma anderer Auctoren hat noch am meisten einen selbstständigen Verlauf, und wenn es auch gelegentlich mit anderen Formen secundär in der Haut zu Stande kommt, so erscheint doch dasselbe häufig auch allein bei cachectischen, herabgekommenen älteren und jüngeren Individuen, oder bei sonst Gesunden so wie Rupia ohne äussere Veranlassung oder nach örtlichen Reizen bei Maurern, Gewürzkrämern, Seifensiedern etc.

Man kann dem Verlaufe und der Ursache nach ein acutes und ein chronisches unterscheiden.

Das bei Cachectischen vorkommende findet sich gewöhnlich an den unteren Extremitäten, sieht schmutzig dunkel, blutig aus, macht

Nachschübe, auch die in Wochen und Jahren sich folgen können; man pflegt dasselbe Ecthyma luridum oder cachecticum zu nennen.

Ecthyma hinterlässt dunkle Flecke oder seichte Narben.

Die Therapie ist die bei Rupia angegebene.

Scabies spuria älterer Aerzte ist ein pustulöser Ausschlag von verschiedener Ausbreitung, der anderen acuten Prozessen zu folgen pflegt, selten bei chronischen Leiden vorkömmt, aus kleinen Pusteln, Knötchen etc. besteht, gewöhnlich am Stamme, seltener an den Extremitäten erscheint, und mit stärkeren Jucken einhergeht. Er ist ohne weiterer Bedeutung, und wird durch warme Bäder und Seifenwaschungen beseitigt.

VIII. Psoriasis. Schuppenflechte.

Wenig infiltrirte Hautstellen, welche mit weissen, trockenen, doch aber haftenden Epidermis-Schuppen bedeckt sind, werden so benannt. Die Schuppen sind fein, dem Mehle ähnlich, werden nur durch Schmutz gefärbt, können durch Kratzen leicht entfernt werden, und hinterlassen eine nicht feuchte rothe Stelle, auf welcher einzelne Blutpuncte erscheinen. Die Anhäufung der Schuppen und die Ausbreitung des Prozesses in der Fläche erreichen verschiedene Grade. Ein diesen Graden nach entsprechendes Gefühl von Jucken begleitet den Prozess.

Psoriasis beginnt als eine kleine rothe, bald mit weissen feinen Epidermisschuppen bedeckte Stelle; diese Anfänge sind die Psoriasis punctata und guttata der Auctoren, und werden am treffendsten nach Wunderlich mit einem Stearintropfen verglichen.

Durch das gemeinschaftliche Auftreten mehrerer solcher kleiner Efflorescenzen und deren späteres Zusammenfliessen, oder gleich ursprünglich werden grössere Flächen mit Psoriasis bedeckt, die man dann Psoriasis diffusa, confluens, oder einzelne grössere runde Flecken Psoriasis nummularis, figurata nennt.

Grössere Flecken heilen von der Mitte aus, und es stellen dann die zurückbleibenden Ränder Kreise, Kreissegmente (Psoriasis orbicularis) und durch das Zusammenfliessen mehrerer solcher Streifen verschiedene Zeichnungen (Psoriasis gyrata) dar.

Die Psoriasis orbicularis wird auch Lepra simplex, Lepra Willani genannt, und man kann noch andere Varietäten nach der

Form und der verschiedenen Lagerung der Schuppen anführen: scutellata, imbricata etc.

Lange bestehende, vernachlässigte Psoriasis geht mit bedeutenderer Verdickung der Haut, mit Schrundenbildung einher; die Schuppen an den kranken Stellen werden in grossen Massen angehäuft, lösen sich nicht leicht ab, stellenweise werden sie durchbrochen und von blutigen Einrissen durchzogen etc.; solche Fälle bezeichnet man als Psoriasis inveterata seu agria.

Locale Psoriasis wird gewöhnlich nur von geringen Jucken begleitet; bei höheren Graden der Ausbreitung ist dieses besonders des Nachts oder nach Aufregungen, dem Genusse scharfer Stoffe etc. viel stärker; diese Grade sind es auch, die von allgemeiner Trockenheit der Haut und den verschiedenen Graden von Pityriasis begleitet werden, und wo nebst sonstigen Schmerzen der Glieder auch mechanische Functionsbehinderungen derselben zu Stande kommen können.

Die Schuppen der Psoriasis haften gewöhnlich mehr fest, werden aber durch leichtes Kratzen, durch Reiben der Kleider etc. abgestreift, und es werden, wenn die Schuppenbildung grösser ist, stets die Kleider, das Bett der Kranken damit verunreiniget.

Der Ausbreitung nach unterscheidet man eine locale und eine allgemeine Psoriasis; die Uebergänge hiebei sind mannigfach.

Die mehr localen beschränken sich vorzüglich auf die Ellenbogen und Knice, auf einzelne Stellen des Rumpfes, des Rückens, der Hand etc., kommen auch gelegentlich im Gesichte, am Scrotum etc. vor.

Die Allgemeine steht häufig lange als mehr beschränkter Prozess, und kann in ihren höheren Graden den grössten Theil des Körpers, vorzüglich den behaarten Theil des Kopfes, die Stirne, die Streckseiten der Glieder und grössere Flächen des Stammes einnehmen.

Aetiologie und Verlauf.

Psoriasis ist eine der häufigsten Krankheiten der Haut.

Häufig ist sie syphilitischen Ursprungs; die Psoriasis palmaris (die der Hohlhand) ist immer eine syphilitische.

Die locale entsteht manchmal durch Einwirkung von Staub, Mehl, scharfen Stoffen (bei Gewürzkrämern, Bäckern etc.), seltener nach anderen acuten Erkrankungen; ist im ersteren Falle häufig chronisch, weil die Schädlichkeiten nicht vollends gemieden werden können.

Die mehr allgemeine ist bezugs ihrer Aetiologie unbekannt; sie kommt häufiger erst in den späteren Jahren zum Ausbruch; wird, wie alle chronischen Ausschläge durch die schon öfter angegebenen diätetischen Momente: geistige Getränke, saure, scharfe Speisen etc. durch schlechtes Verhalten, durch Anstrengungen gesteigert; ist immer chronisch, der Therapie in den meisten Fällen schwer zugängig, und selten auf die Dauer heilbar, sondern verläuft mit abwechselnden Verschlimmerungen (besonders im Herbste und Frühjahr verschlimmert sich der Zustand gerne) in die Jahre, und durchs ganze Leben fort; ohne bedeutender Vernachlässigung kommen doch nicht solche Grade zu Stande, welche der Constitution des Kranken schädlich werden könnten.

Psoriasis ist zwar in verschiedenen Graden lästig und beschwerlich, doch nicht gefährlich. Ansteckend ist sie nie.

Therapie.

Locale Psoriasis wird durch Einreibungen mit Präcipitat ($^1/_2$ bis 1 Gran auf 1 Drachme Fett) oder Deutojoduretum hydrargyri ($^1/_4$ bis $^1/_2$ Gran auf 1 Drachme) in Salbenform am schnellsten beseitiget. Kommt sie nach einiger Zeit wieder, so gebraucht man wieder die Salbe.

Die mehr allgemeine (nicht syphilitische) ist gewöhnlich hartnäckig; die Behandlungen müssen daher lange fortgesetzt, und es muss bei Unwirksamkeit des einen Mittels zum anderen geschritten werden, die Aussicht auf schnellere Heilung ist in jedem Falle eine ebenso geringe, wie auf vollständige Genesung; die Besserung erfolgt nur langsam und wenn der Zustand noch so sehr gebessert erscheint, so ist eine neue Verschlimmerung immer wieder zu fürchten.

Specifica gibt es nicht, und man lässt sich in der Wahl der Mittel häufig nur durch die äusseren Verhältnisse, wie selbe die Anwendung dieser oder jener Methode gestatten, und im Verlaufe der weiteren Behandlung dadurch bestimmen, ob hiebei einige Wirkung sichtbar wird oder nicht.

Man behandelt Psoriasis mit Einreibungen von Buchentheer und mit Einreibungen von Oleum cadinum (von Juniperus oxycedra); man kann in beiden Fällen karge Kost und Abführmittel damit verbinden oder nicht; man kann die mit Theer eingeschmierten Kranken in Kotzen legen oder nicht. Die Einreibungen mit Oleum cadinum werden nicht so häufig gemacht, man legt nach der Einschmierung einen trockenen Verband an und wartet mit der zweiten Ein-

schmierung bis die durch die Anwendung gemachte bräunliche Bedeckung der Stellen von selbst abgefallen ist etc. etc.

Die Anwendung des Unguentum mercuriale in der Art, wie man selbes gegen allgemeine Syphilis gebraucht, erzielt in manchen Fällen rasche und mehr durchgreifende Erfolge.

Pix liquida in Pillenform mit Pulvis liquiritiae (Theerpillen), und in steigender Dosis (10—30 Gran des Tages) ist in anderen Fällen sehr wirksam.

Schwefelbäder, Dampfbäder, Waschungen mit Schmierseife, die innerliche Anwendung des Arseniks (Solutio Fowleri in steigender Dosis) des Terpenthins etc. sind ebenfalls mit verschiedenen Graden der günstigen Wirkung angewendet worden.

Fleissiges Baden, Waschen, Reinhalten ist in jedem Falle nothwendig, das übrige Regime und die Diät sind nach den verschiedenen Umständen theils temporär, theils auf die Dauer zu modifiziren.

Dr. Demartis in Bordeaux empfiehlt gegen Psoriasis, so wie gegen andere chronische Hautformen die Waschungen und Bäder mit Guano. Für eine Waschung werden 60—100 Grammes auf eine Litre Wasser, für ein Bad 500 Grammes Guano genommen. Es lässt sich hiemit auch die innerliche Anwendung von Jodkali, von Eisen, von Mercur (bei Syphilis) verbinden. Er will bei Psoriasis, bei Favus, bei chronischen Eczemen, Impetigo capitis, scrophulösen Geschwüren etc. hievon gute Erfolge gesehen haben.

IX. Lichen, Schwindflechte, Moosflechte, Zittrich.

Sind kleine, entweder der Haut gleichfarbige, oder röthlich gefärbte Knötchen, welche auf normaler oder hyperämischer Haut aufschiessen, jucken, sich mit kleienartigen oder blätterigen Schuppen bedecken, und beim gewöhnlichen Verlaufe gekratzt, kein Blut, sondern nur Schuppen geben (bei höherem Grade von Jucken und starken Kratzen kommt es zur Blutung); die Knötchen sind gewöhnlich ganz solid, doch ist gelegentlich auch eine seröse Flüssigkeit oder Blut (Lichen lividus) in ihnen enthalten.

Lichen kömmt bald in mehr allgemeinen Eruptionen, bald mehr auf einzelnen Stellen beschränkt vor; ist bald vom a c u t e n, bald vom c h r o n i s c h e n V e r l a u f e. Grössere Ausbreitung und chronischer Verlauf kommen nur auf dem Wege des Nachschubes zu Stande.

Das acute Auftreten sowohl, als die einzelnen Nachschübe und

Verschlimmerungen des chronischen Processes können von Fieber und anderen Störungen begleitet sein oder nicht.

Die Form-Varietäten des Lichen sind:

Lichen simplex, sparsus; zerstreute Knötchen von obiger Beschaffenheit, verschiedener Ausbreitung und von kürzerer oder längerer Dauer; dieselben sind mehr local oder allgemein, auf einzelnen Hautstellen oder über den Körper verbreitet. Local kommt Lichen häufig im Gesichte, an den Geschlechtstheilen, am After vor.

Lichen circumscriptus und gyratus (umschriebener oder geschlängelter Zittrich); scharf umschriebene rundliche, ovale oder bandartige Stellen der Haut, die gewöhnlich schwach hyperämisch sind, werden von den betreffenden mehr weniger dicht gestellten Knötchen bedeckt, mit leichten Schüppchen überzogen, heilen manchmal von der Mitte aus etc.

Diese Form kommt häufig im Gesichte, am Rücken, der Hand, in der Kniebeuge, in der Gegend des Brustbeines etc. vor.

Lichen pilaris werden jene kleine Knötchen genannt, welche sich um den Haarfollikel herum entwickeln und von einem Haare durchbohrt sind; — kommt mit anderen Lichen gemischt vor, oder findet sich als alleinige Form des Lichens vorzüglich an den Unterschenkeln, wo die Knötchen nur aus verdickter Epidermis bestehen. (Diese Art Lichen wird zu den Hypertrophien der Epidermis gerechnet).

Lichen lividus sind Knötchen, welche durch Blutaustretungen entstehen; sie sind schwärzlich, bläulich, und kommen mit Petechien gewöhnlich gemischt an den Unterschenkeln bei Scorbutischen und anderen Cachectischen vor. (Gehören zu den Hämorrhagien der Haut).

Lichen urticatus sind breitere grössere Knötchen auf mehr hyperämischer Haut, welche stark jucken und brennen; sie entstehen und verschwinden schnell.

Lichen agrius ist die schmerzhafteste Form; die Knötchen sind lebhaft roth, stehen bald einzeln, bald gedrängt, jucken und brennen stark, bedecken sich mit Schuppen, oder nachdem sie stark gekratzt werden, mit blutigen eiterigen Schorfen, sondern eine eiterig-seröse Flüssigkeit ab; es kommt zu Excoriationen der Cutis, die Haut wird auch verdickt und bekommt Einrisse etc.

Durch Nachschübe wird der Verlauf gerne chronisch, und zieht sich selbst in die Monate hinaus fort. Diese Art kommt im Gesichte an den Händen und Armen, in der Lendengegend, auf der Brust

u. s. w. oder an mehreren der genannten Stellen gleichzeitig vor.

Aetiologie.

Acuter Lichen kommt nach anderen Krankheiten, manchmal nach örtlichen Reizen, Unreinlichkeit, Einwirkung der Feuerhitze (bei Köchinnen, Wäscherinnen, Schmieden etc.), nach Diätfehlern oder ohne aller Ursache vor.

Der chronische ist manchmal syphilitischer Natur; in anderen Fällen ist die Constitution des Kranken (Vollsaftigkeit), der Missbrauch von Spirituosa, die fortgesetzte Einwirkung der Feuerhitze, des Schmutzes, der Nässe etc. seine Ursache, und in noch anderen Fällen ist keine Ursache aufzufinden.

Durch Misshandlung (Kratzen etc.) wird der acute auch chronisch.

Nervöse und reizbare Individuen werden häufiger davon befallen; und Lichen ist in der heissen Sommerzeit häufiger als sonst zu beobachten.

Die Prognose ist ganz verschieden. Die lästigsten und hartnäckigsten Fälle kommen im Gesichte und an den Geschlechtstheilen bei älteren Leuten, bei Säufern vor.

Lichen agrius ist die lästigste und hartnäckigste der einzelnen Formen.

Die Therapie hat manchmal die Diät zu beschränken, oder eine Aenderung der Lebensweise mit Vermeidung der Spirituosa, der scharfen, gewürzhaften Nahrung etc. anzuordnen. Herabgekommene alte Leute müssen mit reizloser Kost gut genährt werden.

Die eigentliche Behandlung ist in den leichteren Fällen eine bloss äusserliche; bei localen Lichen Einschmieren mit Citronensaft oder schwarzer Tinte, bei chronischer Form: Jodschwefel, Präcipitat und Deutojoduretum Hydrargyri in Salbenform.

Bei mehr allgemeiner Eruption: Waschungen mit verdünnten vegetabilischen Säuren, kalte oder laue Bäder: bei mehr chronischen Formen: Dampfbäder, Jodschwefel, Schmierseife, Laugenbäder, Einreibungen mit Theer etc.

In den hartnäckigen Fällen soll Arsenik innerlich gegeben werden.

Symptomatisch ist gegen das starke Jucken sowie bei Prurigo zu verfahren.

Strophulus, Schälknötchen, Zahnausschlag der Kinder kommt bei Säuglingen, und während des Zahnens vor, und ist eine leichte Lichen-Form; die Knötchen sind von der normalen Hautfarbe, oder weisser, oder mehr weniger roth, klein, gedrängt oder mehr zerstreut stehend, jucken manchmal und enden mit Abschuppung, manchmal auch durch blosses Einsinken. Sie kommen im Gesichte, an den Extremitäten, am Truncus, kurz überall, in den verschiedensten Mengenverhältnissen vor.

Zu warme Bäder, vieles Waschen und nicht gehöriges Abtrocknen der Haut, Schmutz, vieles Reiben, grobe Wäsche, heisse Zimmerluft, schlechte Nahrung etc. können die nachweisbaren Ursachen in vielen Fällen sein.

Der Verlauf der einzelnen Eruption ist immer acut, obgleich Nachschübe an der Tagesordnung sind, und so die Sache im Ganzen in die Länge gezogen werden kann; in sehr seltenen Fällen ist auch fieberhafte Aufregung zugegen.

Man nennt ihn Strophulus albidus, candidus, wenn die Knötchen weisser sind als die normale Haut; confertus, wenn die Knötchen dicht gedrängt stehen; volaticus, wenn die einzelnen Eruptionsgruppen mehr zerstreut stehen; intertinctus, wenn zwischen den Knötchen die Haut erythematös gefärbt ist.

Therapie. Allenfalls nachweisbare Ursachen sind zu entfernen und äussere Reize zu meiden.

X. Lupus. Fressende Flechte, Narbenflechte.

Umschriebene Hyperämie einer Hautstelle mit gleichzeitiger oder folgender Ablagerung kleinerer oder grösserer Knoten in dieselbe mit successiver Exfoliation der Haut, Narbenbildung oder ausgesprochenen Geschwür- und Borkenzustand bezeichnet man als Lupus.

Den Namen Lupus hat dieser Prozess von den grösseren Knoten, die zuweilen die Grösse von Bohnen (lupina) erreichen.

Lupus kommt vorzüglich im Gesichte: an den Wangen, der Nase und der Oberlippe, selten an den Ohren, unter dem Kinn oder an einer Stelle der Extremitäten über den dickeren Fleischlagen oder am Rumpfe vor.

Lupus mit sichtlicher Zerstörung der befallenen Theile wird exedens oder rodens, der fressende, sonst non exedens genannt. Ersterer bringt bedeutende Zerstörungen der Nase, der Lippen, der

Augenlieder zu Stande, setzt entstellende, die Bewegung hindernde Narben im Gesichte, an den Lippen etc.

Nach dem überwiegenden Verhalten des einen oder des anderen der localen Zustände unterscheidet man ferner: den Lupus exfoliativus, wo die Abschuppung bei gleichzeitiger oberflächlicher Infiltration der Haut das Ueberwiegende ist; den Lupus tuberosus, nodosus auch hypertrophicus, wo die Knotenbildung und die Infiltration vorherrschend ist; den Lupus exulcerativus, wo Geschwürsbildung zugegen ist; letzterer ist mit dem Lupus exedens identisch, und es kommen alle diese Varietäten häufig nebeneinander oder nacheinander in demselben Falle vor. Der exfoliativus für sich besteht manchmal längere Zeit allein, greift als solcher weiter und lässt an den zuerst befallenen Stellen Narbengewebe sichtbar werden.

Nach der eigenen Anordnung der Knoten oder der geschwürigen Stellen spricht man noch von Lupus serpiginosus, wenn die Anordnung der knotigen, infiltrirten und geschwürigen Stellen einem Halbkreise oder der Schlangenform entsprechen, und nennt die anderen nicht so geformten Prozesse Lupus vulgaris etc. etc.

Aetiologie und Verlauf.

Lupus ist immer die Folge eines constitutionellen Leidens und gehört häufig der Syphilis oder noch häufiger der Tuberculose (Scrophulose) an; hat in beiden Fällen das Eigenthümliche, dass er ohne weiteren Ablagerungen dieser Leiden, bei sonst gesunden, kräftigen Individuen vorkommen kann; diess und der Umstand, dass er ohne die Charaktere des syphilitischen Lupus alle an sich zu tragen, doch den antisyphilitischen Behandlungen weicht, sind die Ursachen, dass man denselben auch auf Rechnung der hereditären Syphilis bringt.

Der Verlauf ist chronisch, selten kommen bedeutende Zerstörungen rascher zu Stande.

Die Constitution leidet gewöhnlich selbst bei der langen Dauer nicht sichtlich. Andere Störungen, grössere Schmerzen u. dgl. sind in seinem Verlaufe selten zu beobachten.

Die Prognose ist bei den tuberculösen (der syphilitische gehört nicht hieher) Formen Bezugs der Dauer und der localen Zerstörungen und Entstellungen in der Mehrzahl ungünstig.

Therapie.

Der Monate lang fortgesetzte Gebrauch von Leberthran (2—4 Esslöffel und darüber des Tags) hat die günstigsten Resultate aufzu-

weisen. Jodkali, die jod- und bromhältigen Mineralwässer, Holztränke etc. werden auch gegeben.

Gelingt es hiemit nicht, so muss man es auch ohne weiteren Haltpunkt der Diagnose für die syphilitische Natur des Leidens mit einer der methodischen antisyphilitischen Behandlungen versuchen.

Bei der ersten Behandlungsart (mit Leberthran) ist gute Kost, frische Luft etc. nothwendig; im zweiten Falle erleidet diess manche Modification (vide Scropheln, Syphilis).

Die äussere Behandlung ist da nothwendig oder vom Vortheile, wo die Ablagerungen hochgradiger sind; nach dem Grade derselben und dem Reizvertrage des Kranken werden örtlich verschiedene ätzende, zerstörende Mittel in verschiedener Weise und Stärke etc. angewendet.

Hieher gehören Aetzkali, Lapis infernalis, concentrirte Säuren, Chlorzink etc.

Dr. Richter hat auf Hebra's Abtheilung als Arzneimittel bei Lupus mit dem besten Erfolge angewendet: ½ Unze Jodkali, ½ Unze Jod in 1 Unze Glycerin gelöst.

Dr. Kovacs in Pest behandelte 16 Fälle von Lupus mit vorzüglichen Erfolg durch den innerlichen Gebrauch eines Gemisches von Kali hydrojodicum (½ Drachme) mit Sulfas magnesiae (6 Drachmen) bei gleichzeitiger Anwendung von Jodkali und Jodsolution. (Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte in Wien.)

Petrequin empfiehlt gegen den Lupus als ein vortreffliches, freilich theueres Mittel eine caustische Lösung des Goldes in Königswasser, im Verhältnisse von 1 Theil Gold auf 1 Theil Salpetersäure und 3 Theile Salzsäure. Nach Entfernung aller Crusten wird die Lösung mittelst eines Pinsels aufgetragen, und die Application alle 8 Tage wiederholt. (ut supra aus der Gazette médicale de Paris).

XI. Acne, Acne disseminata. Die Hautfinne.

Sind kleinere oder grössere entzündliche Anschwellungen der Talgdrüsen, welche zunächst der Verstopfung der Talgdrüsen ihr Entstehen verdanken, gleichzeitig mit Acne sebacea vorkommen, und häufig eine solche (Comedo) deutlich sichtbar in ihrer Mitte einschliessen.

Sie stellen sich anfangs als rothe, härtliche, wenig oder nicht schmerzhafte kleine Anschwellungen dar, welche mit Comedonen untermischt vorzüglich im Gesichte, am Nacken und an dem Rücken

vorkommen, über kurz oder lang vereitern und kleine Pusteln darstellen (Acne pustulosa), oder erhärten und mit Verlust der Röthe als violette oder weissliche Erhabenheiten zurückbleiben (Acne indurata).

Die vereiternden Knötchen lassen weissliche oder violette Narben zurück.

Der Verlauf und die Entwicklung der einzelnen Knötchen ist ein selbstständiger, und während die einen einsinken oder vereitern, erhärten andere, kommen neue zum Vorscheine.

Bei höheren Graden des Leidens und längerer Dauer sieht man daher gleichzeitig Comedones, Acne inflammata, indurata, pustulosa und narbige Stellen als Reste dagewesener Acne-Knötchen bestehen.

In einzelnen Fällen oder nach Misshandlung erreichen einzelne entzündete Knötchen einen grossen Umfang durch fortgesetzte Ablagerung in die Umgebung, machen viel Beschwerden, setzen bedeutende Eiterung etc.

Aetiologie.

Diese Acne kommt vorzüglich in dem Jünglings- und ersten Mannesalter vor. Sie ist häufig da, wo Comedones vorkommen, und es tragen zur weiteren Entzündung der letzteren: Erhitzungen, rascher Wechsel der Temperatur, der Genuss gewisser Speisen: Käse, Schinken etc. und geistiger Getränke, Onanie, aber auch Enthaltsamkeit des jungen Mannes, die Zeit der Menstruation bei Mädchen und jungen Frauen etc. das Ihrige bei.

Die Grade des Leidens sind verschieden; ebenso die Dauer und der Verlauf.

Höhere Grade sind durch Entstellung des Gesichtes, und wenn auch durch nicht grosse, doch durch die häufigen Beschwerden, die entzündete Acne verursacht, lästig.

Therapie — ist die bei Comedonen angegebene; entzündete mehr schmerzhafte Knötchen erfordern Umschläge, Pflaster etc.

Bei hartnäckiger Dauer und bei immer wieder sich bildenden neuen Knötchen macht man die Waschungen mit Tinctura Benzoës, Eau de Cologne ohne Zusatz von Wasser, oder wendet schwächere Sublimat- und Kalilösungen zu diesem Zwecke an.

Fleissige warme oder Dampfbäder, Schwefelbäder, der Wechsel der Lebensweise sind auch vom gutem Erfolge.

XI. Acne menti, Mentagra, Sycosis. Die Bartfinne.

Eine nur dem männlichen Geschlechte eigene Krankheit, welche ihren Sitz an den Stellen des Bartes hat, und vorzüglich am Kinn, seltener an den Wangen oder der Oberlippe vorkömmt.

Mehr weniger Hyperämie zwischen den Barthaaren und knötchenartige Ablagerung in die Haartaschen ist zunächst das Wesen des Leidens.

Die Knötchen sind verschieden gross, von einem Haare durchbohrt, stehen entfernter oder so gedrängt, dass sie eine mehr gleichmässige höckerige Infiltration der Cutis darstellen. Dieselben vereitern von der Spitze aus, erzeugen Borken, unter welchen kleinere oder grössere Geschwüre fortbestehen; die Epidermis der Umgebung schuppt sich sichtlich ab; und man hat im ausgebildeten Zustande höherer Grade: Knötchen, Pusteln, Krusten, Schuppen auf hyperämischer oder infiltrirter Basis der behaarten Stellen des Gesichtes nebeneinander bestehen.

Sowohl die Grösse der einzelnen Knötchen, als die der Hautinfiltration kann eine sehr verschiedene sein.

Gruby in Paris hat unter den Krusten und in den Haaren Pilze gefunden, und benennt darum die Krankheit mit dem Namen Phytomentagra.

Aetiologie.

Männer mit starkem Bartwuchse und harten steifen Haaren sind mehr disponirt.

Schlechte Pflege des Bartes, Unreinlichkeit, das fortgesetzte Reizen dieser Stellen bei schlechten oder zu seltenen Rasiren, das Arbeiten am Feuer (bei Schmieden etc.) im Staube (bei Taglöhnern, Maurern etc), der Genuss geistiger Getränke, reizender Speisen etc. werden beschuldigt; doch kommen auch Fälle vereinzelt vor, ohne dass sich einer der genannten Umstände als Ursache nachweisen liesse.

Höhere Grade kommen zunächst durch Misshandlung oder Vernachlässigung der geringeren Grade des Leidens zu Stande.

Die Beschwerden und der Verlauf sind sehr verschieden. Höhere Grade sind stets sehr beschwerlich und vom hartnäckigen Verlauf. Ein bleibender Verlust der Haare wird dadurch nicht gesetzt.

Die Therapie besteht in Reinhaltung, schonender Entfernung der Krusten, Vermeidung aller localen Reize und solcher diätetischer Dinge, die allenfalls den Zustand steigern könnten.

Sonst werden bei den verschiedenen Graden leichtere oder eingreifendere Mittel: Zink, Jodschwefel, rother Präcipitat, Jodquecksilber in Salbenform angerathen; und einzelne Knoten müssen mittelst Lapis infernalis oder causticus geätzt werden.

Ferner wird bei Gegenwart von Pilzen das Ausziehen der Haare oder noch besser das Acidum sulfurosum (vide Favus) anzurathen sein.

Die innerliche Behandlung nützt im Allgemeinen nichts; doch ist bei Mangel von örtlichen Ursachen dieselbe nicht immer zu vernachlässigen, sobald der Verlauf chronisch sich gestaltet.

Ich habe bei einem Beamten nach einer halbjährigen Dauer des bloss auf den Kinnbart beschränkten Leidens, wo keine weitere (der Syphilis verdächtige oder sonstige) Affection zugegen war, und die genannten äusseren Mittel nichts nützen wollten, durch den innerlichen Gebrauch von Jodkali und Eisen einen sehr raschen und bleibenden Erfolg erzielt.

E. Hämorrhagien, Blutaustretungen.

Die unter die Epidermis und in die oberflächlichen Lagen der Cutis stattfindenden Blutaustretungen stellen sich gewöhnlich in Form von Flecken, seltener als Knötchen und noch seltener als Bläschen oder Blasen dar; letztere werden leicht durch das ausfliessende Blut, erstere dadurch erkannt, dass die Flecke oder Knötchen verschiedenartig roth, bläulich oder schwärzlich aussehen, und diese ihre Färbung unter dem Fingerdrucke nicht verlieren. Im weiteren Verlaufe geht die Färbung dieser Flecke jene Farben-Metamorphosen ein, wie man sie bei ausgetretenem Blute nach Quetschungen am deutlichsten und reinsten zu beobachten Gelegenheit hat.

Ein durch Blutaustritt in die Haut gesetzter Fleck wird Purpura genannt; sind die Flecke klein (linsengross u. dgl.) so heissen sie Purpura petechia (Petechien), grössere Flecke nennt man Purpura ecchymosis (Ecchymosen), und kann sie auch als Purpura vibex bezeichnen, wenn sie eine streifenartige Form haben. Knötchen durch Blutaustretungen bedingt sind der Lichen lividus,

und wenn zufällig bei allen diesen Formen ein Brennen stattfindet, so kann man sie als Purpura urticata bezeichnen.

Diese Formen kommen gelegentlich neben- und nacheinander vor, und es haben diese Formbezeichnungen keinen weiteren practischen Werth.

Abgesehen von den durch traumatische Eingriffe bedingten Blutaustretungen, die uns hier zunächst nicht interessiren, ist die Ursache des Blutaustrittes nicht in allen Fällen dieselbe, und daher auch die Bedeutung der Purpura eine verschiedene.

Die grösste Wichtigkeit für die Behandlung, und daher für den practischen Arzt liegt darin, zu bestimmen, ob die Purpura durch scorbutische Entmischung des Blutes bedingt ist oder nicht.

Im ersten Falle (Purpura scorbutica) ist dieselbe ein Symptom des Scorbuts (Purpura symptomatica) und geht mit den anderen Zeichen des Scorbuts einher. Sie kommt beim chronischen (Land- und Seescorbut) ebenso, wie beim acuten Scorbut (d. h. bei acuten Krankheiten sonst schon scorbutischer Leute oder im Gefolge derselben) vor, beginnt gewöhnlich an den Unterschenkeln etc.; — hat aber immer nur dann diese Bedeutung (des Scorbuts), wenn noch die anderen Zeichen des Scorbuts: Lockerung und Blutung des Zahnfleisches etc. zugegen sind.

In den anderen Fällen ohne weiteren Zeichen des Scorbuts liegt derselben eine Dünnflüssigkeit des Blutes zum Grunde, und sie kommt entweder im ganz untergeordneten Verhältnisse bei anderen besonders den specifischen Exanthemen zur Zeit des Ausbruches, und an der Stelle des Exanthems vor, verläuft schnell und ohne weiterer Bedeutung so: bei Scharlach, Masern etc. und heisst Purpura simplex; oder sie kommt mit rheumatischen Affectionen, selbst gemischt mit Roseola rheumatica vor, und heisst Peliosis rheumatica; oder endlich kommt dieselbe mehr selbstständig (Purpura idiopathica) mit Blutungen nach Aussen (durch Nase, Mund etc.) als Morbus haemorrhagicus Werlhofii, oder Purpura haemorrhagica vor, und geht in den höheren Graden dieses Leidens wieder in die Purpura scorbutica über.

Die bei alten Leuten, besonders bei Frauen ohne Scorbut, selten vorkommende Purpura wird Purpura senilis genannt.

Die einfachste Form, welche gewöhnlich ohne Therapie rasch verläuft, ist die Purpura simplex; — bei längerem Bestande derselben oder bei alten Leuten kann man Essigwaschungen zum schnelleren Verschwinden vornehmen lassen.

Die Purpura scorbutica, haemorrhagica und rheumatica sind bereits besprochen worden, und es erübrigt nur noch, hier auf die grosse Verwirrung und Verwechslung hinzuweisen, die zwischen Purpura und Roseola, namentlich bei Typhus und Rheumatismus gemacht wird.

Das dem Typhus eigenthümliche, und vorzüglich beim exanthematischen Typhus in reichlicher Menge vorkommende Exanthem ist Roseola (typhosa), demselben liegt Hyperämie zu Grunde, und es schwindet dasselbe unter dem Fingerdrucke.

Es können aber mit diesem Exanthem gleichzeitig, oder nach dessen Verschwinden im weiteren Verlaufe des Typhus Purpura-Flecke erscheinen, und dann erst ist der Typhus als petechialis zu bezeichnen, und weil nicht alle Purpura-Flecke gleich die Bedeutung des Scorbuts haben, ist weiters wieder nicht jeder Typhus petechialis auch zugleich ein Typhus putridus.

Die gewöhnliche Roseola rheumatica ist Hauthyperämie von umschriebener Form etc., und nur wenn mit ihr gleichzeitig, oder ohne derselben, aber gleichzeitig mit Rheumatismus Purpura Flecke erscheinen, hat man es mit der Peliosis rheumatica Schönlein's zu thun.

F. Hypertrophien der Haut.

a) Hypertrophie der Epidermis ohne oder mit Hypertrophie des Papillarkörpers.

I. Pityriasis. Kleienflechte.

Eine vermehrte Abschuppung der Epidermis unter der Form von kleienartigen dünnen Blättchen wird hierunter verstanden; dabei ist entweder die unterliegende Haut normal (Pityriasis simplex) oder mehr weniger hyperämisch geröthet (Pityriasis rubra); bei letzterer findet manchmal auch eine geringe seröse Secretion an der Oberfläche statt, so dass die Schuppen (am Kopfe auch die Haare) zusammenkleben, und es macht diese Form den Uebergang zu den eczematösen Formen.

Pityriasis ist seltener allgemein als local, und ein häufiger Folgezustand bei Cachexien und anderen Hautkrankheiten, z. B. das Stadium der Abschuppung bei Exanthemen, ebenso geht sie dem Ec-

zem, dem Intertrigo voraus, oder folgt ihnen nach, auch besteht sie neben Psoriasis etc. etc.

Sie kann aber auch mehr selbstständig, theils aus unbekannten, theils aus den schon im Verlaufe der anderen Hautkrankheiten angegebenen Ursachen entstehen, und mehr acut oder chronisch, selbst sehr hartnäckig verlaufen.

Die Pityriasis rubra wird durch Spannung oder behinderte Beweglichkeit der Theile, durch Jucken (welches auch hochgradig werden kann) und im Gesichte, an den Händen auch durch Entstellung beschwerlich und lästig.

Von den localen Formen ist die häufigste die des behaarten Theiles des Kopfes, sie ist entweder eine gewöhnlich feinschuppige Abkleiung, welche die Haare etc. immer verunreinigt (Pityriasis farinosa), oder eine asbestartige (Pityriasis asbestina), wo die mit den Haaren verklebten Schuppen ein asbestartiges Aussehen gewinnen.

Durch den Mangel einer grösseren serösen Secretion und Infiltration der Cutis unterscheiden sie sich von Eczema capitis und Psoriasis.

Locale Pityriasis kommt noch an den Augenlidern (P. palpebrarum), den Lippen (P. labiorum), den Wangen, in der Hohlhand (palmaris) der Fusssohle (plantaris) an der Vorhaut etc. vor.

Therapie.

Bei den mehr vorübergehenden Formen ist nichts Besonderes zu machen.

Bei der chronischen allgemeinen sind laue Bäder, Dampfbäder und in sehr lästigen Fällen Einreibungen vou Schmierseife, Leberthran, Theer zu versuchen.

Symptomatisch wird das Jucken so wie schon früher einmal angegeben, behandelt.

Die Pityriasis capitis erfordert fleissige Einölung des Kopfes, Schonung vor zu starken Kämmen; — grössere Ansammlungen von Schuppen werden am besten durch Einschmieren mit Eigelb und sofortiges Abwaschen mit warmen Seifenwasser entfernt. Bei der asbestartigen Form sind: Seife, Salben aus kohlensaurem Kali (1—2 Drachmen auf 1 Unze Fett) angezeigt. Auch gebraucht man bei jeder Form Waschungen mit verdünnten Alcohol, Rhum, China-Decoct oder man wendet China in Salbenform an etc.

Shaw empfiehlt gegen Pityriasis capitis die Anwendung des

Glycerin, welches einem beliebigen Oele beigemischt, zweimal wöchentlich gebraucht werden soll.

Bei den im Gesichte, an den Händen etc. vorkommenden Formen sind fleissige Waschungen, Schutz der Theile gegen äussere Einflüsse durch Cerat-Salbe, Mandelöl, sonst auch leichte Zinksalbe (wodurch die Stellen das auffallende glänzende Aussehen verlieren) etc. angezeigt.

II. Ichthyosis. Fischschuppenausschlag.

Besteht in Hypertrophie der Epidermis, wo dieselbe nicht abgestossen, sondern übermässig angehäuft und die einzelnen Zellen fest an einander haften bleiben. Manchmal ist stellenweise auch der Papillarkörper in Form warziger Hervorragungeu hypertrophirt.

Die verdickte Epidermis erscheint in Form dünnerer oder dickerer, flacher, blättchenförmiger Erhabenheiten, welche dicht neben einander gelagert der betreffenden Stelle manchmal das Aussehen von Fischschuppen geben, woher auch der Name der Krankheit.

Die gewöhnlichen Grade nennt man auch Ichthyosis simplex und bei mehr weisslichen Aussehen der Blättchen nidida, sonst auch serpentina.

Bei dickeren hornartigen Verdickungen heisst man sie cornea; und die höchsten Grade, wo einzelne Hervorragungen gleich Stacheln hart und lang abstehend sind, werden sie Hystricismus (Stachelschweinmensch, Hystrix) bezeichnet.

Die Talg- und Schweisssecretion ist verhältnissmässig vermindert. Bei höheren Graden kommen auch krankhafte Beschaffenheit der Haare, Eczema, Intertrigo etc. vor.

Die Grade des Leidens sind nicht bloss den localen Anhäufungen, sondern auch der Ausbreitung nach verschieden. Geringe, meist erworbene Grade beschränken sich auf das Knie, die Ellenbogen, und werden gewöhnlich nicht beachtet.

Höhere Grade sind ein konstitutionelles, sonst nicht näher gekanntes Leiden, überziehen den grössten Theil der Körperoberfläche, vorzüglich die Streckseiten der Extremitäten und den Rumpf; am meisten ist das Gesicht, die Gelenkbeugen, die Handteller und Fusssohlen verschont.

Diese Grade hindern zeitweise, oder in einzelnen Fällen anhaltend die Beweglichkeit der Glieder; verlaufen jedoch schmerzlos,

und sind ohne nachtheiligen Einfluss für die übrige Constitution der Kranken.

Aetiologie und Verlauf.

Die constitutionelle Ichthyosis ist in manchen Familien (den männlichen Gliedern) erblich beobachtet worden. Sie kommt beim männlichen Geschlechte häufiger vor und wenn sie auch nicht mit zur Welt gebracht wird, entwickelt sie sich doch bald, im 1. oder 2. Lebensjahre; erreicht in der weiteren Entwicklung verschiedene Grade, auf welchen sie dann stehen zu bleiben pflegt, derart, dass im Sommer immer Besserung, d. h. Abhäutung (Mauserung), im Winter Verschlimmerung zu beobachten ist. Der Eintritt der Pubertät soll manchmal günstig einwirken, manchmal im Gegentheile soll das Leiden sich jetzt erst verschlimmern.

Sonstige ätiologische Momente sind nicht bekannt, und eine vollständige Heilung soll noch nicht beobachtet worden sein.

Therapie.

Fleissiges Baden und der fortgesetzte Gebrauch von Theerpillen leisten das, was geleistet werden kann; im Falle neuer Verschlimmerung ist dieselbe Therapie wieder einzuleiten.

Sonst lobt man zu demselben Zwecke: Einreibungen mit Schmierseife oder Theer, und zwar methodisch durch einige Zeit angewendet, bis die Schuppen etc. abgelöst sind.

III. Die Schwiele und das Hühnerauge (Tylosis und Clavus), das Hauthorn (cornu cutaneum), die Warzen (Verrucae) und das Knotenmaal (Naevus verrucosus)

sind auch hieher zu rechnen. Bei letzteren findet gleichzeitige Hypertrophie der Hautpapillen statt.

Auch Lichen pilaris, wie er so häufig an den Extremitäten vorkömmt, entsteht gar oft nur durch blosse Anhäufung von Epidermis um den Ausgang des Haarbalges herum.

b) Hypertrophie des Pigments.

Ausser den bereits bei den verschiedenen Krankheiten angegebenen Färbungen der Haut haben die noch weiters hier anzugebenden Flecke, welche auf Ueberschuss oder qualitativer Veränderung des Pigments beruhen, weder eine diagnostische, noch prognostische Bedeutung.

Hieher gehören:

I. Als angeborne Flecke:

der Linsenfleck, Lentigo, und das Fleckenmaal, Naevus spilus.

II. Als erworbene Flecke:

α) Ephelides, die Sommersprossen;

β) Chloasma, der Leberfleck, gelbe oder gelbbraune diffuse Flecke, welche bei Schwangern, bei chronischen Krankheiten: Tuberculose, Syphilis, Magen- Leber etc. Erkrankungen vorkommen.

Findet auf diesen Flecken Abschuppung Statt, so stellen sie die Pityriasis versicolor dar, welcher Prozess jedoch zu den durch Parasiten erzeugten Krankheiten gerechnet wird, weil in den losgestossenen Epithelien Pilze vorzufinden sind.

γ) Die Nigrities partialis seu Melasma, einzelne im Gesichte, auf der Stirn, den Genitalien, seltener über den ganzen Körper (Melanosis) zerstreute, dunkelbraune oder schwärzliche Flecke; manchmal kommen sie auch auf der Zunge vor.

Ihre Bedeutung ist ganz unbekannt, sie kommen auch bei Krankheiten des Uterus (Melasma uterinum), bei Krebskranken etc. vor.

Bei den angeführten erworbenen Flecken versucht man Schwefel, Chlor, Sublimat in Lösung, um diese Flecke zu entfernen; gegen Sommersprossen wird auch Tinctura Benzoës angewendet.

Argyriasis ist eine schiefergraue Färbung des Gesichtes, der Hände und im geringeren Grade auch der übrigen gewöhnlich nicht entblössten Theile, welche durch den innerlichen Gebrauch des Lapis infernalis erzeugt wird, aber nicht im Verhältnisse der genommenen Menge des Medicaments zu Stande kommt, — im Allgemeinen selten ist, und bis jetzt jeder Therapie wiederstand. Man gebrauchte Kochsalz, Jodkali, Sublimat, Chlor, doch ohne Erfolg.

c) Hypertrophie der Lederhaut.

Man bezeichnet dieselbe, wenn sie nicht gar zu umschrieben und gewissermassen in anderen Prozessen untergehend ausfällt, auch mit dem Namen Pachydermia, Dickhäutigkeit und Elephantiasis.

Man unterscheidet mancherlei Arten von Elephantiasis; versteht man hierunter aber eine wahre Verdickung der Cutis, so hat nur die

eine Form — Elephantiasis arabum — auf diesen Namen einen gegründeten Anspruch.

Die Elephantiasis arabum kommt als umschriebener Prozess — bei uns im Ganzen selten — an den Unterschenkeln (mit Einschluss des Fusses), am Hodensacke, an den weiblichen Schamlippen und Brüsten, an einer oder der anderen Gesichtshälfte vor.

Am Unterschenkel bezeichnet man den Prozess mit dem Namen Elephantopus, Elephantenfuss, weil der Fuss hiebei an Umfang zunimmt und ein ganz unförmliches Aussehen gewinnt.

Die Haut ist sammt dem Unterhautzellgewebe hypertrophirt, ist mehr gleichmässig oder stellenweise knollig, härter anzufühlen behält ihre normale Farbe, oder wird dunkler; die Beweglichkeit des Gliedes ist mannigfach behindert.

Die Epidermis zeigt hiebei entweder keine weitere Abnormität; oder sie geht in anderen Fällen, vorzüglich da, wo der Prozess nach einem vorgängigen Eczem zu Stande kommt, eine eigene Art selbstständiger Hypertrophie ein, wobei sie sich in warzen- und knollenartigen Hervorragungen auf der verdickten Haut erhebt, zwischen welche sich Risse und tiefe Spalten hinziehen; in diesen Spalten, so wie an der Oberfläche findet eine schmierige, stinkende Absonderung (wie beim Intertrigo) Statt; — und es wird in diesen Fällen der Vorgang sowohl für den Kranken, als für die Umgebung sehr lästig und unausstehlich.

Bei der Elephantiasis des Hodensackes erreicht letzterer gelegentlich eine solche Grösse, dass er bis unter die Kniee herabhängen kann.

Mehr weniger Schmerzen begleiten die Ausbildung des Prozesses; die übrigen Constitutions-Verhältnisse des Kranken sind ganz verschieden, und stehen weiters in keinem directen Causal-Verhältnisse zur Ausbildung der localen Elephantiasis.

Die Aetiologie ist ganz dunkel; man hat in manchen Fällen vorausgehende schmerzhafte Rothlaufe und Erytheme, am Unterschenkel auch Eczem, in anderen Fällen den gehinderten Rückfluss des Blutes bei Varicositäten der Venen etc. zu beschuldigen gehabt.

Therapie.

Der Hodensack und die grossen Schamlippen werden in diesen Fällen (bei sonst günstigen Verhalten der Constitution des Kranken) mit dem Messer abgetragen.

Am Unterschenkel versucht man durch zweckmässige und fort-

gesetzte Compression eine Rückbildung zu erzielen; nach gebotenen Umständen könnte auch die Amputation des Gliedes zur Sprache kommen.

Die übrige Therapie ist eine symptomatische, die Constitution muss stets berücksichtiget, die Schmerzen gestillt und bei bestehender Secretion die grösste Reinlichkeit beobachtet werden etc. etc.

Noch wird eine andere Art Elephantiasis, die Elephantiasis graecorum beschrieben.

Wir geben die Charaktere derselben im Auszuge nach der Beschreibung von Professor Rigler (Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte 1847, 2. Band, Seite 267), welcher diese Krankheit im Oriente häufiger zu beobachten Gelegenheit hatte.

Die Elephantiasis graecorum auch Lepra graecorum und in Norwegen Spedalskhéd genannt, erscheint unter zweifacher Form und zwar entweder als: tuberculosa oder als anaesthetica.

Die tuberculöse Form charakterisirt sich durch kleinere oder grössere Tuberkeln, welche in verschiedener Häufigkeit das Gesicht, besonders die Wangengegend, die Ohren, den Nacken, die Streckseite der Vorderarme, die äussere Fläche der Unterschenkel und die Knöchel besetzen, weichteigig anzufühlen, weisslich, weissröthlich, blauröthlich etc. gefärbt sind, anfangs schmerzen, später unempfindlich werden, und an der betreffenden Stelle Verlust der Haare und Verlust der Empfindlichkeit der Haut setzen. Diese Knoten haben wenig Tendenz zur Zerfliessung, und enden damit nur, wenn sie durch äusseres Zuthun gereizt werden, oder unter Mitwirkung der häufig sich hinzugesellenden Lungen-Tuberculose.

Bei höheren Graden des vorgeschrittenen Uebels leiden gewisse Provinzen der Schleimhäute mit, so bilden sich einzelne Knoten in der Conjunctiva, am harten und weichen Gaumen, im Rachen, in der Nasenhöhle, im Larynx. Der Geruch wird manchmal leidend gefunden; und ein tiefes Seelenleiden begleitet den Anfang der Krankheit. Mit der Zeit gewöhnen sich die Kranken an ihr trauriges Schicksal, es bessert sich auch der zeitweilige Verfall der Vegetation und das Leiden wird durch 20 Jahre und noch länger getragen.

Das frühzeitige Ende des Lebens wird durch Tuberculose der Lungen und des Darmes eingeleitet.

Die Elephantiasis anaesthetica charakterisirt sich dadurch, dass die Haut der oberen und unteren Extremitäten empfindungslos wird in dem Grade, dass Stechen, Kneipen, Schneiden, Brennen etc.

keine Schmerzäusserung hervorrufen kann. Die Haut des Kopfes und des Rumpfes erkrankt nie derartig, und an der inneren Fläche der Extremitäten bleibt auch immer ein geringer Grad von Sensibilität erhalten. Die Haut der empfindungslosen Stellen ist schlaff, trocken, hat ein bläuliches Aussehen und eine niedere Temperatur.

An den unempfindlichen Stellen: in der Nähe des Knie- und Ellbogengelenkes bilden sich constant Brandblasen, welche deutliche Narben zurücklassen; am Vorderarme und Unterschenkel bilden sich häufig Eczeme; auch die Muskel leiden mit, einzelne derselben werden nachgiebiger, so dass durch die überwiegende Thätigkeit ihrer Gegner Krümmung der Finger, schiefe Stellung der Hand zu Stande kommen.

Früher oder später kommt es bei dieser Form zur spontanen Exarticulation der Finger und Zehen, wo nach vorgängiger Blasen- und Geschwürbildung in der Nähe der Gelenke die Weichtheile der letzteren zerstört und die einzelnen Phalangen abgesetzt werden.

Bei höheren Graden kommt es nach vorgängigen entzündlichen Leiden zur Zerstörung der Augenhäute, zum Einsinken und Verlust der Nase.

Das Leiden des Gemüthes und der Gesammtvegetation verhält sich bei dieser Form ebenso, wie bei der ersten Varietät; und es sterben auch die hievon Befallenen frühzeitig an Tuberculose.

Beide diese Varietäten, welche durch die angegebenen Formen von einander geschieden sind, werden durch andere Fälle — als Mittelglieder — verbunden, so kommen auch bei der 2. Form im Verlaufe Knotenbildungen und Infiltrationen der Haut zu Stande, und auch bei der ersten Form ist das eigenthümliche Leiden der Fingerglieder, der Nase, der Augen manchmal zu beobachten wie selbes gewöhnlich die Lepra anaesthetica begleitet.

Die Aetiologie ist nicht genauer bekannt. Contagiös sind diese Leiden nicht, wohl aber erblich so, dass Kinder von an dieser Krankheit leidenden Eltern erzeugt, zwar mit der reinsten Haut zur Welt kommen, jedoch meist (nicht immer) zwischen dem 25—40. Jahre derselben anheimfallen. Die spontane Entwicklung des Leidens fällt auch zwischen das 20.—24. Lebensjahr.

Beide Formen sind unheilbar.

d) Hypertrophie der Talgdrüsen mit krankhafter Secretion derselben und stellenweiser Hypertrophie der Cutis.

Als solche wird von Hebra der als Acne rosacea bekannte Prozess aufgestellt.

Acne rosacea, gutta rosacea, Kupferhandel, Kupferrose ist ein chronischer Prozess der Talgdrüsen und der Haut der Nase, der Wangen, der Stirngegend etc., welcher darin besteht, dass erstere in einen bleibenden Zustand von Vergrösserung und Induration mit zeitweiser Eiterung (Acne indurata et pustulosa) übergeführt werden, letztere dabei chronisch hyperämisirt, endlich stellenweise hypertrophirt wird.

Die einzelnen Acne-Knötchen erreichen manchmal ein bedeutendes Volumen, und warzenartige Neubildungen an der Nase von beträchtlicher Grösse können dabei zu Stande kommen. Uebermässige Talgabsonderung oder kleienartige Abschuppung der Oberhaut oder auf einzelne Stellen beschränkte Excoriationen etc. begleiten den Vorgang.

Nach längerer Dauer geht auch die anfangs mehr hyperämische Röthe in eine bläuliche, violette über, die Gefässe treten deutlicher hervor, werden selbst varicös.

Aetiologie. Dieser Prozess ist bei älteren Leuten häufiger vorzüglich bei Männern; fällt bei Weibern manchmal mit dem normalen Ausbleiben der Menstruation zusammen; ist bei plethorischen Constitutionen und bei Trinkern öfter zu beobachten, als unter den entgegengesetzten Verhältnissen. — Doch kommt er auch in jedem Lebensalter und ohne aller Ursache vor.

Der Verlauf ist sehr chronisch; anfangs gewöhnlich lange Zeit hindurch auffallendere Besserung und Stillstehen des Leidens; in der späteren Zeit eine mehr continuirliche Fortbildung desselben. Diätetische und kosmische Einflüsse sind nicht ohne Einfluss auf das raschere Fortschreiten desselben, jedoch ist dieser Einfluss nicht in allen Fällen ein gleicher.

Die Therapie sucht mehr auf diätetischen Wege durch Hintanhaltung der im concreten Falle bald bekannt werdenden Schädlichkeiten, als auf andere Weise zur Beschränkung des Leidens beizutragen; denn auf arzeneilichem Wege ist der Prozess nicht aufzuhalten.

Symptomatisch sind gelegentlich Umschläge, Waschungen mit geistigen, leicht adstringirenden oder kühlenden Mitteln von temporären Nutzen.

e) Gefässwucherungen, Teleangiectasien.

Können angeboren und erworben sein; zu den ersteren gehören die verschiedenen Formen von Naevus vascularis: simplex, flammeus, fungosus etc. etc.

f) Hypertrophie der Haare, der Nägel etc.

G. Atrophien.

Hievon sind zu erwähnen:

I. Pigment-Mangel.

Dieser ist selten ein allgemeiner, häufiger ein localer. Albinismus partialis, Vitiligo, sind weisse, Flecke, auf welchen die entsprechenden Haare auch weiss sind, sie kommen am häufigsten an den Geschlechtstheilen und den Extremitäten vor.

Canities, Entfärbung, Weisswerden der Haare ist auch manchmal eine sehr frühzeitige.

II. Haarmangel, Ausfallen der Haare, Alopecia, Calvities

ist die Folge des Alters, verschiedener Constitutions- und Organ-Erkrankungen, besonders der Haut, und kommt nach acuten Krankheiten (vorzüglich nach Typhus) in höheren Graden auch vor etc. etc.

Der Zustand ist manchmal heilbar, heilt von selbst, in anderen Fällen gilt das Gegentheil.

Durch Waschungen mit den Abkochungen von Buxbaum, von Nussblättern, von Chinarinde; mit fettigen (vorzüglich Medulla bovina) und geistigen Einreibungen etc. sucht man das Wachsen der Haare zu unterstützen.

H. Die Neubildungen,

J. Die Afterbildungen,

K. Die ulcerösen Prozesse

gehören der Chirurgie oder den im I. Bande abgehandelten Dyscrasien an.

L. Parasiten, Schmarotzer.

a) Pflanzliche Parasiten.

Krankheiten, welche diesen ihr Entstehen verdanken, oder bei welchen solche wohl auch nur gelegentlich gefunden werden, sind:

I. Favus, Tinea oder Porrigo favosa, Honigwabengrind. Erbgrind.

Ist eine Krankheit des behaarten Theiles des Kopfes, setzt sich gelegentlich von hier über die Stirn, den Nacken u. s. w. fort — nur sehr selten kommt derselbe an anderen Stellen des Körpers auch, oder hier allein vor.

Favus besteht zunächst und allein in einer Anhäufung von Pilzen, welche sich in die Epidermis um die Haare herum einnisten, sich in letztere fortsetzen und am Ausgange des Haarfollikels derart ansammeln, dass sie eigenthümlich geformte krustenähnliche Bildungen darstellen, welche in ihrem isolirten Zustande eine gelbliche, leicht zerreibliche, von oben in der Mitte etwas vertiefte und am Rande wallartige Scheibe darstellen, welche von einem Haare durchbohrt ist, und aus ihrer Lage gehoben an Ort und Stelle eine seichte Vertiefung zurücklässt.

Grössere derartige Bildungen sind den Krebsaugen nicht unähnlich, und durch ihre gegenseitige Anreihung erhalten höhere Grade des Leidens das Aussehen der Waben eines Bienenstockes.

Mikroskopisch untersucht besteht das Ganze aus einer amorphen gelblichen Masse, und aus gegliederten und verästelten Pilzen, mit welchen auch die Haare, sowohl die Wurzel als der Schaft mehr weniger durchzogen erscheinen.

Die Grade der Ausbreitung und die Menge der übereinander geschichteten Massen ist verschieden; und es erwachsen durch das Einzelnstehen und die durchaus nicht eigenthümliche, sondern zufällige Aneinander- und Uebereinanderreihung derselben die Formen von Favus, welche man als Favus dispersus, confertus, Porrigo lupinosa, scutulata zu bezeichnen pflegt.

Die Haare gehen an den kranken Stellen häufig bleibend zu Grunde, und es kommt Pityriasis neben den Favus-Borken, bei höheren Graden des länger bestandenen Leidens auch Geschwürsbildung

auf der Kopfhaut vor. Ebenso schwellen manchmal die Lymphdrüsen des Halses an; nebstbei können Läuse zufällig in grosser Menge vorhanden sein.

Schmerzen, Jucken oder sonstige Störungen sind nicht nothwendig an den Verlauf gebunden; ebenso wenig leidet die Constitution des Kranken immer sichtlich mit; der Favus kann bei sonst gesunden Kindern und Erwachsenen vorkommen, und lange Zeit ohne der geringsten Beeinträchtigung der Gesundheit fortbestehen.

Aetiologie.

Die Ursache der Krankheit sind die Pilze; durch Uebertragung der Letzteren mittelst der Kopfbedeckung, oder bei dem gemeinschaftlichen Gebrauche der Betten soll die Weiterverbreitung des Favus zu Stande kommen.

Favus kommt bei Kindern, welche in Schmutz und Noth leben, am häufigsten, doch auch unter den entgegengesetzten Verhältnissen vor.

Sein Verlauf ist chronisch und ganz unbestimmt. Die Heilung höherer Grade darum so schwierig, weil es nicht leicht ist, alle die Pilze zu entfernen oder zu zerstören.

Therapie.

Die Behandlung mit innerlichen Medicamenten ist schon längst obsolet; auch erwies sich dieselbe immer erfolglos.

Die äussere Behandlung strebt die Entfernung der Borken und der kranken Haare an; ersteres geschieht durch Einölen, sofortiges Cataplasmiren und Abwaschen mit warmen Seifenwasser, und es muss durch fleissiges Waschen so lange die Neubildung der Borken verhütet werden, bis die kranken Haare alle mittelst einer feinen Pincette herausgezogen sind; letzteres geschieht selten vollständig, weil es bei grösserer Ausbreitung des Prozesses eine sehr mühsame Arbeit ist, und darum lässt Cazenave nach entfernten Borken und Haaren Schwefelkalk anwenden; Küchenmeister schlägt hiezu die Anwendung des Veratrins in Tincturform vor (Veratrini grana duodecim, Alcoholi rectificati uncias tres), und nach M. Bazin wären hierauf Sublimatwaschungen oder eine Salbe mit essigsauren Kupfer zu gebrauchen.

Dr. William Jenner hat die günstigsten Erfolge von der Anwendung der verdünnten schwefeligen Säure gesehen, und man erspart sich hiebei das lästige Ausziehen der Haare.

Es wird nach seiner Vorschrift ein Strom schwefligsauren Gases in das Wasser so lange geleitet, bis dieses mit Säure gesättiget ist; von dieser Flüssigkeit werden 2 Unzen mit 6 Unzen Wasser verdünnt und damit die kranken Stellen gewaschen.

Bednař schlägt vor diese Flüssigkeit als Foment mittelst Compressen auf die kranken Stellen aufzulegen und mit Wachstaffet zu bedecken, und gibt an, dass die Stellen bald bräunlich werden, die braunen Krusten sich lösen und mit ihnen das kranke Haar ausfällt.

Bennet lobt bei Favus Einreibungen mit Leberthran.

II. Herpes tonsurans, (Cazenave), Tinea tendens, Rhizophytoalopecia (Gruby) der Rasirgrind, der scheerende Kopfgrind, Ringworm der Engländer.

Auf dem behaarten Theile des Kopfes stellt sich derselbe in der Form einzelner, gewöhnlich runder und nicht grosser Stellen dar, auf welchen die Haare zum Theil ausfallen, zum Theil trocken glanzlos, und wie kurz und ungleich geschoren erscheinen; und welche Stellen mit dünnen trockenen Epidermis-Schüppchen bedeckt sind. Sowohl in diesen Schüppchen, als in den kranken Haaren finden sich Pilze.

An den nicht behaarten Theilen des Körpers kömmt dieser Herpes nach Hebra in zweifacher Form vor, einmal in vesiculöser, das andere Mal in maculöser; — die letztere ist die häufigere.

Bei der vesiculösen Form erscheinen anfangs kleine, entweder gruppirt oder einzeln stehende Bläschen auf normaler oder hyperämischer Haut, welche vertrocknen und dünne bräunliche Schörfchen zurücklassen. Manchmal findet um diese herum ein zweiter kreisartiger Ausbruch von Bläschen statt, welche auch zu Schörfchen vertrocknen. Die Schörfchen bleiben einige Tage haften, fallen dann allmählig vom Centrum gegen die Peripherie ab, und hinterlassen schwach geröthete, wenig abschuppende Flecke.

Die Zahl der einzelnen Eruptionen ist nicht constant; diese kommen in Nachschüben und befallen die verschiedenen Theile des Körpers.

Die maculöse Form besteht in kleinen rothen Flecken, die wenig nur über die Haut emporragen, und mit feinen weissen Schuppen bedeckt sind. Diese Flecke wachsen in die Peripherie und werden grösser, später heilen sie vom Centrum aus und stellen kleinere oder grössere Kreise dar, welche sich noch weiters vergrössern, und durch das Zusammenschmelzen mit anderen nahe gelegenen Kreisen verschiedene Figuren darstellen können, ähnlich wie diess bei Roseola, bei Psoriasis auch Statt findet.

Bei beiden Formen, sowohl der vesiculösen als der maculösen hat Hebra ebenfalls Pilze in den Schörfchen und Schuppen gefunden.

Die Dauer des Prozesses an den nicht behaarten Stellen des Körpers ist keine lange; hier heilt derselbe auch ohne weiteres Zuthun des Arztes.

Die Aetiologie ist nicht bekannt, und die Uebertragbarkeit auf andere Individuen noch nicht ausser Zweifel gesetzt. Am behaarten Kopfe sah ich einmal Herpes tonsurans mit hochgradigem Favus gleichzeitig bestehen.

Die Therapie strebt auch hier die Zerstörung der Pilze an. Hebra empfiehlt zu diesem Zwecke die Schmierseife; die kranken Stellen werden hiemit durch 5—6 Tage (täglich paarmal) gut eingerieben und hierauf mit Flanell, oder bei grösserer Ausbreitung am ganzen Körper mit wollenen Kotzen bedeckt, und fest eingebunden. Andere loben bei Herpes tonsurans den Gebrauch von Salben aus Tannin, aus Schwefel-Calcium, oder die schweflige Säure im verdünnten Zustande so angewendet wie bei Favus.

III. Alopecia areata, Vitiligo capitis (Cazenave), Porrigo decalvans, Phyto-Alopecia (Gruby), Mahlglatze.

Kömmt am Kopfe und in den Barthaaren vor, besonders bei jüngeren Leuten; und besteht in dem Ausfallen der Haare an einer scharf umschriebenen nicht regelmässig geformten Stelle, nachdem die Haare früher glanzlos und entfärbt wurden. Die Stellen vergrössern sich durch Umsichgreifen des Prozesses in der Peripherie.

Die Ursachen sind nicht bekannt, nach Einigen sind es Pilze, welche auch noch in den einzelnen stehengebliebenen Haaren zu finden sind.

Die Dauer ist unbestimmt, und es soll Heilung auch von selbst erfolgen können d. h. die Haare wachsen wieder nach unbestimmter Zeit von selbst.

Von anderen wird der Gebrauch von Tincturen, Seifenwaschungen und des Acidum sulfurosum (wie bei Favus) zur Heilung angerathen.

IV. Plica polonica, Trichoma, Wichtelzopf, Weichselzopf.

Ist eine krankhafte Verfilzung der Haare am Kopfe (seltener der in der Achselhöhle oder an den Geschlechtstheilen), wobei die

betreffenden Stellen zwischen den anderen Haaren gleich Büscheln oder Wülsten sich befinden, und nicht immer dem Haarboden unmittelbar aufsitzen, oder ganze Zöpfe darstellen, oder endlich in Form einer filzartigen lockeren Masse den ganzen Kopf bedecken. Die Haare stellen sich mikroskopisch als zerfasert, an der Oberfläche rissig dar (enthalten nach Anderen auch Pilze); das ganze Büschel oder der Zopf besteht nebstbei aus Schmutz, allerlei fremden Beimischungen, Ungeziefer, und es ist manchmal das Alles durch eine schmierige stinkende Masse zusammengeklebt.

Der Haarboden kann gesund sein, oder es ist Pityriasis, Eczem, Pustelbildung etc. zugegen.

Die Ausbildung dieses Leidens erfolgt manchmal ohne aller weiteren Störung, und es wird auch das Leiden längere Zeit ohne allen Zufällen getragen; in anderen Fällen gehen Fieber und andere Symptome dem Weichselzopfe voraus; die kranken Haare sind manchmal gegen Berührung empfindlich, selbst schmerzhaftes Jucken ist zugegen etc. Eine krankhafte Beschaffenheit der Körper-Constitution wird in einzelnen Fällen auch gleichzeitig beobachtet.

Der Wichtelzopf kommt endemisch an der Weichsel und dem Dnieper vor — selten anderswo sporadisch.

Die Ansichten über die Ursachen und die Behandlung desselben sind verschieden; die Einen suchen erstere in Schmutz und vernachlässigter Hautkultur, und rathen Abschneiden des Zopfes und fleissige Cultur des Haarbodens an. Andere stellen andere Behauptungen und Ansichten auf.

V. Pityriasis versicolor

wurde oben bei Chloasma angegeben, soll durch Pilze zu Stande kommen, und auch hiedurch mitgetheilt werden können. Waschungen mit verdünnten Essig, mit Sublimatlösung, mit Branntwein, Eau de Cologne, und mit verdünnter schwefliger Säure (ut supra bei Favus) werden dagegen angerathen.

VI. Auch die Bartfinne, Sycosis,

kann als Phytomentagra hier eingereiht werden, wenn sich das Vorkommen von Pilzen bei derselben als Constantes erweisen sollte.

b) Thierische Parasiten.

I. Pediculi, Läuse.

Die Kopflaus und die Filzlaus kommen in den Haaren an den verschiedenen Theilen des Körpers, die Kleiderlaus in den Kleidern vor, wo sie sich vorzüglich in den Falten der Wäsche und den Nähten der Kleider aufhält. Erstere erzeugen ein mehr locales Jucken und Eczeme; letztere ein mehr allgemeines Jucken und in Folge des Kratzens kommen die linienartigen Abschärfungen der Haut als Symptom des Prurigo pedicularis zu Stande.

Am Körper werden die Läuse am schnellsten durch Unguentum mercuriale und sofortigen Waschen mit warmen Seifenwasser vertilgt.

Kleider, Wäsche, Leintücher etc. müssen einer hohen Temperatur in eigenen Oefen ausgesetzt werden, oder man wendet zur Vertilgung der Läuse ein starkes Infusum herbae nicotianae an.

Sowohl am Körper, als in den Kleidungsstücken etc. sollen die Läuse durch die Anwendung der Schmierseife (Sapo viridis) schnell und sicher vertilgt werden.

II. Acarus scabiei

erzeugt die Krätze etc.

III. Acarus folliculorum

kommt in den Haarbälgen und Talgdrüsen vor, und trägt zur Erzeugung von Acne gar nichts bei.

M. Neurosen der Haut.

Sind häufiger symptomatische Zufälle bei anderen Krankheiten des Gehirns, der Haut etc. etc.

Ein lästiges Hautjucken selbst im sehr hohen Grade kommt manchmal ohne nachweisbaren anderen Leiden vor; dasselbe ist seltener ein allgemeines als ein locales; kommt an den Geschlechts-

theilen, am After, manchmal in der Fusssohle etc. vor. Dasselbe kann intermittirend oder mehr anhaltend sein, wird manchmal nur vorübergehend, manchmal mehr habituell gesehen, und erzeugt in höheren Graden Schlaflosigkeit, Verstimmung des Gemüthes, nach einigen Auctoren selbst Verfall der Constitution etc.

Dieses nervöse Hautjucken wird Prurigo sine papulis, Prurigo latens, von Hebra Pruritus cutaneus genannt, und es werden manchmal die Anfälle der habituellen Form desselben, durch diätetische Schädlichkeiten herbeigeführt oder gesteigert.

Therapie.

Nebst dem entsprechenden Regime und der Diät da, wo hieraus die Ursache erwachsen könnte, sind symptomatisch; Bäder, Waschungen mit Essig, mit verdünnten Weingeist, ferner Chloroform, Opium etc. angezeigt

Für die localen Formen gilt nebstbei die bei Prurigo angegebene symptomatische Behandlung.

Es versteht sich von selbst, dass von einem Pruritus localis ohne genauer Untersuchung der betreffenden Stelle nicht die Rede sein kann; aber auch bei allgemeinen Pruritus muss die Haut und die Wäsche etc. genau und wiederholt untersucht werden, denn unglaublich hohe Grade des Juckens werden durch die Gegenwart einer einzigen Krätzmilbe oder Kleiderlaus erzeugt.

Krankheiten der Gelenke und Muskel.

Hievon sind hier bloss die sogenannten rheumatischen Affectionen derselben zu besprechen.

Die durch mechanische Schädlichkeiten entstehenden Krankheiten der Gelenke und Muskel sind Gegenstand der Chirurgie, und die, welche aus Constitutions-Erkrankungen (Gicht, Tuberculose, Scorbut, Pyämie etc.) hervorgehen, wurden in so weit abgehandelt als dieses den Gränzen der medizinischen Pathologie und Therapie entspricht.

Rheumatismus der Gelenke und Muskel.

Es wurde schon im 1. Theile (Febris rheumatica) angegeben, dass der Begriff „Rheumatismus" ein ganz vager sei.

Unter rheumatischen entzündlichen Affectionen verstehen wir hyperämische oder exsudative Prozesse in den Aponeurosen, den Muskel- und Nervenscheiden, in der Beinhaut, den Gelenksbändern und auf anderen serösen Häuten, welche in Folge von Erkältungen zu Stande kommen.

Diese Prozesse verlaufen bald acut, bald werden sie chronisch.

In ihrem acuten Verlaufe sind sie gewöhnlich von Fieber begleitet, und werden, wenn hiebei die Localaffectionen nicht hochgradig oder sehr flüchtig und wechselnd ausfallen, als rheumatische Fieber bezeichnet. Ist hingegen der Grad der Localaffectionen ein höherer, oder sind letztere wenn auch vom geringeren Grade, doch aber mehr fixirt, und an Ort und Stelle durch die deutlichen Zeichen von Hyperämie oder Exsudation ausgezeichnet, so spricht man von rheumatischen Entzündungen; hieraus ergibt sich der Begriff von rheumatischer Gelenk- und Muskel-Entzündung.

I. Rheumatische Gelenk-Entzündung, Acuter Gelenk-Rheumatismus, Arthrophlogosis rheumatica.

Der hauptsächliche Sitz der Localaffection sind die Gelenkkapseln, gelegentlich werden die nahe gelegene Beinhaut, die Scheiden der Muskel und Nerven der betreffenden Extremität auch in den Prozess gezogen, und es finden sich an diesen Theilen die bekannten anatomischen Zeichen der Hyperämie und Exsudation. Diese Entzündungen unterscheiden sich aber von anderen Entzündungen der Gelenke dadurch, dass bei ihnen das Moment der Hyperämie das überwiegende ist, und auch bei längeren Bestande des acut angeregten Leidens überwiegend bleibt. Die Exsudation ist verhältnissmässig immer von geringer Menge und von einer mehr serösen Beschaffenheit; die Metamorphosen des Exsudats zu Eiter, Tuberkel, Jauche sind nur ausnahmsweise zu beobachten.

Das Blut bietet keine constante Beschaffenheit dar, in vielen Fällen ist dasselbe am Anfange des Leidens reich an Faserstoff.

Krankheitsbild.

Fieber begleitet den Prozess gleich vom Anfange, und häufig geht dasselbe den Local-Erscheinungen einige Stunden voraus. Das Fieber ist stets hochgradig, ist anhaltend und macht bedeutende Exacerbationen, die Abends eintreten, und bis Mitternacht oder gegen Morgen sich fortsetzen.

Höhere Grade der Exacerbationen haben stärkere Hirnhyperämien im Gefolge, daher Unruhe des Kranken, Delirien etc. nicht selten zu beobachten sind.

Das betreffende Gelenk wird von heftigen stechenden reissenden Schmerzen befallen, welche anhaltend sind, durch jeden äusseren Druck selbst durch die leichteste Berührung, und durch jeden Versuch das Gelenk (activ oder passiv) zu bewegen, bedeutend gesteigert werden. Diese Schmerzen exacerbiren und remittiren mit dem Fieber; doch ist selten in der ersten Zeit der Krankheit eine auffallende und zugleich anhaltende Remission zu beobachten, weil hier die Schmerzen zu ganz unbestimmten Zeiten des Tages zeitweise heftiger auftreten, ohne dass diese Steigerungen durch weitere Veranlassungen erzeugt werden.

Das schmerzhafte Gelenk erscheint zugleich geschwollen in dem Grade, dass die Unebenheiten und Vertiefungen an der Stelle desselben ausgeglichen erscheinen; die Geschwulst fühlt sich weichelastisch an. Eine leichte rosige, entweder verwaschene oder

streifige Röthe zieht über die Haut des Gelenkes, oft nur an einer oder der anderen Fläche desselben hin.

An den Gelenken, die durch dickere Fleischlagen bedeckt sind, ist die Röthe gewöhnlich nicht zu beobachten; und auch die Schwellung nur selten deutlich sichtbar, so beim Sitze des Leidens im Schultergelenke und vorzüglich bei dem im Hüftgelenke. Beim Sitze des Leidens im Hand- und Fussgelenke finden sich dagegen diese Symptome über den Rücken der Hand und des Fusses nach dem Verlaufe der Sehnen und Muskel ausgebreitet.

Die Haut derlei Kranker ist zur grossen Schweissabsonderung geneigt und es erfolgt dieselbe auch ohne alles äussere Zuthun, um so leichter aber bei stärkerer Bedeckung des Kranken, und dem Gebrauche von heissen schweisstreibenden Getränken. Der Schweiss reagirt häufig sauer, und ist dem Kranken lästig.

Gastrische, gastrisch-biliöse Symptome sind gewöhnlich im geringen Grade zugegen; der Stuhl ist angehalten, die Trägheit des Darmes nicht selten eine hochgradigere.

Der Harn ist manchmal hochsaturirt, stark sauer, specifisch schwer, reich an Harnsäure, an Salzen und Farbstoffen, Uroërythrin ist in grösserer Menge vorhanden; doch weicht derselbe in anderen selbst hochgradigen Fällen nicht wesentlich von der Norm ab, ist sauer, etwas schwerer, und führt Uroërythrin.

Was weiter diese Krankheitsform auszeichnet, ist: dass sowohl das Fieber als die Local-Affection plötzlich auftreten und rasch zum hohen Grade der Ausbildung gelangen, dass Letztere vorzugsweise die grösseren Gelenke (Fuss, Knie, Hand, Ellenbogen etc.) und in der Mehrzahl einige derselben gleichzeitig befällt, und nie auf die zuerst befallenen Gelenke beschränkt bleibt, sondern nach und nach die grösseren Gelenke der Extremitäten, wohl auch alle heimsucht, und in der Art fortbesteht, dass die entzündlichen Schmerzen, Röthe etc. in einem fortwährenden Wandern von einem Gelenke zum andern begriffen sind; dieses Wechseln des Sitzes erfolgt oft nach ein paar Stunden, oft über den Tag, häufiger aber erst später; und es schwinden hiebei nicht selten die Symptome gänzlich an den Stellen der kurz früher befallen gewesenen Gelenke.

Bei hohen Graden des Leidens oder dessen längerer Dauer bleiben aber gewöhnlich die Symptome auf ein oder mehrere Gelenke fixirt, wenn sie auch ihren Sitz in den anderen Gelenken noch fortan wechseln.

Im Verlaufe des acuten Gelenkrheumatismus können ferner die

verschiedenen Formen von Roseola und auch Schönlein's Peliosis mit symptomatischer Bedeutung, und zu der verschiedensten Zeit der Krankheit erschienen, ebenso sind besonders unter Mitwirkung eines reichlichen Schweisses zu beobachten: Erythemata und Miliaria symptomatica.

Als Varietät dieses Gelenkrheumatismus ist die rheumatische Affection zu bezeichnen, welche nur ein grösseres Gelenk befällt und auf dieses beschränkt bleibt. Die Acuität des Prozesses und der Grad des Fiebers fallen hiebei gewöhnlich geringer aus.

Aetiologie.

Der mehr verbreitete Gelenkrheumatismus ist immer ein selbstständiges, primitives Leiden. Blondes Haar, weisse Haut, durchscheinende Venen sind der Habitus rheumaticus mancher älterer Aerzte; doch werden gelegentlich auch alle anders aussehenden Individualitäten davon befallen.

Am meisten disponirt ist das jugendliche und mittlere Alter ohne Unterschied des Geschlechtes, und diejenige Beschäftigung, wo bei grosser Muskelübung gleichzeitig eine reichliche Gelegenheit zu Verkühlungen geboten ist.

Tuberculose, Syphilis und geringere Grade von Scorbut schliessen den Gelenkrheumatismus nicht aus.

Als Gelegenheitsursachen sind immer Verkühlungen nachzuweisen, nur ist manchmal eine eigene Luftconstitution mit zu beschuldigen, weil dieser Rheumatismus zeitweise häufiger und selbst in kleinen Epidemien zu beobachten ist.

Der Rheumatismus eines einzigen Gelenkes kommt auch acut durch Verkühlungen nach anderen Krankheiten (secundär) und häufiger bei solchen Leuten vor, die schon früher an rheumatischen Schmerzen oder allgemeinen Gelenk-Rheumatismus gelitten haben.

Verlauf und Dauer.

Der Verlauf bei günstigen Ausgang ist manchmal acut; häufiger in die Länge gezogen derart, dass die Krankheit als Totalität unter mehr weniger copiösen Krisen sich entscheidet, und die Localaffection an einem oder dem anderen Gelenke (vorzüglich dem Knie-, Schulter-, Hüftgelenk) noch fortbesteht.

Die Dauer variirt zwischen 14 Tagen und mehreren Wochen.

Langsamer ist in der Regel der Verlauf, und die Dauer daher eine längere, wenn der Prozess gleich vom Anfange mehr fixirt ist, und als solcher höhere Grade erreicht.

Was die *nähere Verlaufsweise* des primären Gelenkrheumatismus anbelangt, so ist derselbe im Allgemeinen, wie schon gesagt, durch das wechselnde Befallenwerden der verschiedenen Gelenke, und die wechselnde Anzahl der jeweilig zu gleicher Zeit befallenen Gelenke ausgezeichnet; und es lässt sich in diesem Wechseln und Wandern des Prozesses durchaus keine Stätigkeit, keine Regel nachweisen. Auch die Heftigkeit der jeweiligen Affectionen ist eine variable, und es verhalten sich in dieser Beziehung die verschiedenen Remissionen und Exacerbationen des Leidens mit einander verglichen sehr verschiedentlich.

Auf den mehr oder weniger stürmischen Verlauf der Totalkrankheit üben den grössten Einfluss aus: die äusseren Luftverhältnisse, der Aufenthalt und das Regime des Kranken, die eingeleitete Therapie, — vor Allem aber die Gegenwart oder der Mangel von wichtigen Complicationen z. B. Endo- oder Pericarditis, Pleuritis etc.; — diese sind es zunächst, welche nicht nur allein die Gefährlichkeit des Leidens bedingen, sondern auch zu dessen stürmischen Verlauf das Meiste beitragen und nicht selten die Ursache abgeben, dass durch ihr Auftreten das Gelenkleiden selbst mehr in den Hintergrund gedrängt wird.

Ausnahmsweise d. h. in seltenen Fällen ist die Remission so bedeutend, dass sie für Intermission gehalten werden kann und es treten auch die Exacerbationen streng zur selben Stunde ein, ähnlich den Anfällen einer Intermittens; ja ich habe in einigen Fällen Gelegenheit gehabt es zu beobachten, dass auch das Wandern der Gelenkaffectionen einen strengen Rhythmus beobachtete; diese Art des Verlaufes, nemlich das *typische Wandern des Localleidens*, oder ein *fast völliges Intermittiren* desselben sind für die Therapie wichtig, weil es zunächst diese Fälle sind, welche einer hinreichenden Chinin-Behandlung rasch und dauerhaft weichen.

Ausgänge.

1. *Genesung.* Zu den Krisen gehören ein mässiger nicht lästiger Schweiss, und bei höheren Graden des Leidens ein stark sedimentirender Harn; das Sediment besteht grösstentheils aus harnsauren Salzen, ist manchmal durch Uroërythrin gefärbt, und enthält nicht selten ziemlich viel freie Harnsäure. Miliaria werden auch zur Zeit der Krisen, und dann gewöhnlich in zahlreicher Eruption mit, und ohne Erythem der Haut, also auch als rein crystallinische beobachtet.

Geneigtheit zu neuen Affectionen einzelner Gelenke bleibt

selbst beim günstigen Verlaufe durch längere Zeit zurück; welche Recidiven nicht mehr so wandelbar wie das primitive Leiden sind, dafür aber leichter in den chronischen Verlauf übergehen als dieses.

2. Bei längerer Dauer und höheren Graden des Leidens folgen als Nachkrankheiten: hochgradige Abmagerung, Anämie mit Oedem der Füsse, Steifigkeit einzelner Gelenke; diese Zustände sind heilbar, und weichen gewöhnlich rasch einer zweckmässigen Behandlung.

3. Manchmal geht die Affection an einzelnen Gelenken in den chronischen Verlauf über (vide chronischen Rheumatismus).

4. Eiterung oder Tuberculisiren des Exsudats in den Gelenkhöhlen ist eine äusserst seltene Erscheinung bei selbstständigen Rheumatismus; ich habe diesen Ausgang unter meinen zahlreichen Beobachtungen nie gesehen. — Was gewöhnlich unter diesen Ausgängen verstanden wird, ist entweder eine secundäre Gelenkentzündung bei Pyämie, Tuberculose etc., die anfangs für eine rheumatische Affection gehalten wird; oder es ereignet sich, wiewohl höchst selten auch der Fall, dass bei zur Tuberculose disponirten Individuen noch ohne weiterer Ablagerung von Tuberkel plötzlich nach Verkühlungen ein mehr verbreitetes Gelenkleiden auftritt, welches sich bald als tuberculöses charakterisirt.

5. Der tödtliche Ausgang ist im Allgemeinen bei Gelenkrheumatismus selten, und kommt immer durch die Complicationen (Herzentzündung etc.) und ihre nächsten Folgen zu Stande.

Der häufigste Ausgang ist in den Fällen, wo derlei Complicationen bestanden haben, der chronische Verlauf der Endo- oder Pericarditis mit ihren weiteren Folgezuständen, wodurch die Constitution bald früher, bald später, immer aber frühzeitig untergraben wird, wie diess am betreffenden Orte schon angegeben wurde.

Complicationen.

1. Die häufigsten und fast nie fehlenden sind die entzündlichen Affectionen der Muskelscheiden, der Nervenscheiden der betreffenden Glieder und der Beinhaut in der Nähe der kranken Gelenke. Sie steigern den Grad der Schmerzhaftigkeit und Lästigkeit des Prozesses, ohne auf die Dauer oder die Gefährlichkeit desselben einen Einfluss auszuüben.

2. Endocarditis ist ebenfalls eine sehr häufige Complication; dieselbe greift nicht störend in den Verlauf des Gelenkleidens ein, ist weniger acut gefährlich als die Endocarditis aus anderen

Ursachen entstanden, aber wegen der selten nur ausbleibenden und nicht zu behebenden Folgen immer von grösster Bedeutung.

3. Pericarditis ist seltener als die frühere; unterbricht den Verlauf der Arthrophlogosis sobald im Herzbeutel eine grössere Menge Exsudat gesetzt wird, und ist die häufigste Ursache des acut eintretenden Todes.

4. Pleuritis, Splenitis velamentosa, Spinal-Irritation und Meningitis spinalis sind seltenere Complicationen; dieselben werden auch nur selten gefährlich, steigern aber immer den Grad des Leidens etc.

Aehnlichkeit.

Die Verwechslung des Gelenkrheumatismus mit anderen Affectionen der Gelenke wie sie bei Scorbut, Pyämie, Tuberculose etc. secundär vorkommen, kann nicht leicht stattfinden, am ehesten noch dann, wenn das primäre Leiden nicht hochgradig ausgesprochen ist, und die Affection nur auf ein Gelenk beschränkt bleibt. Aber auch hier kann die Täuschung nicht lange bestehen, weil sich das Allgemeinleiden bald deutlicher darstellen, und das locale durch die Menge des Exsudats, dessen Metamorphosen und das Verhalten der begleitenden sonstigen Symptome: Schmerz, Fieber etc. kennzeichnen wird. (Vide Chirurgie und die Kapitel über Cachexien),

Von den Anfällen der chronischen Gicht ist der Rheumatismus der Gelenke durch den eigenthümlichen Sitz der ersteren, und den Verlauf des ganzen Gichtprozesses (vide 1. Theil) unterschieden. Heftigere Gichtanfälle, wenn sie grössere Gelenke befallen, und die ersten Anfälle dieses Leidens im Individuo sind, haben mit Rheumatismus, besonders mit dem auf einzelne Gelenke beschränkten die grösste Aehnlichkeit, und lassen sich hievon durchaus nicht scheiden. Erst ihre weiteren Wiederholungen an derselben Stelle ohne eigentlicher Veranlassung etc. geben ihnen in der Folge die wahre Bedeutung.

Prognose.

Der acute Gelenk-Rheumatismus ist ein sehr schmerzhaftes, und mitunter auch langwieriges Leiden; es setzt die Vegetation rasch herab und hat auch beim günstigen Verlaufe hochgradige Anämie, Schwäche und nicht selten länger dauernde Gelenksteifigkeit im Gefolge. Eine besondere Gefährlichkeit für das Leben liegt aber nicht im Prozesse, wenn derselbe nicht mit Entzündungen der Herzüberzüge etc. complicirt ist; und auch hier ist die Gefahr eines raschen Todes geringer als bei acuten Herzleiden aus anderen Ursachen her-

vorgegangen. Die Geneigtheit zum chronischen Verlaufe der einzelnen Gelenk-Affectionen ist hiebei auch nicht gross; und die grösste Wichtigkeit des Prozesses mit seinen gewöhnlichen Complicationen liegt in der häufigen Ausbildung eines chronischen Herzleidens mit seinen unausbleiblichen Folgen.

Nach diesen Momenten sowie nach den äusseren günstigen oder mehr ungünstigen Verhältnissen des Kranken, nach dessen Constitution etc. muss im concreten Falle die spezielle Prognose gestellt werden.

Der Grad des Fiebers und der Localaffectionen ist hiebei am wenigsten massgebend, weil der Bestand der Complicationen, somit auch die nahe oder entferntere Gefährlichkeit des Leidens durchaus nicht an den Grad des primitiven Leidens gebunden ist.

Therapie.

Das Regime (ebenso die Diät) ist sowie bei anderen entzündlichen Prozessen ein strenges, sogenanntes antiphlogistisches, und es ist in specie vor dem zu grossen Warmhalten der Kranken und dem häufigen Theetrinken etc. zu warnen, weil hiedurch nur der lästige Schweiss gefördert, nicht aber das Leiden gemildert wird. Schwere Bedeckung ist dem Kranken schmerzlich, daher diese zu vermeiden, und selbst auch eine leichtere Bedeckung nur auf diese Weise zu gebrauchen ist, dass dieselbe durch untergesteckte Reifen von der Körperoberfläche entfernt gehalten werde.

Die eigentliche Therapie ist in leichteren Fällen von jener nicht verschieden, welche wir beim rheumatischen Fieber angegeben haben.

Bei höheren Graden zieht sich die Sache bei der Anwendung von Tartarus stibiatus in kleinen Dosen, oder den gewöhnlich üblichen Ammonii-Präparaten zu sehr in die Länge, und man versucht es, den Prozess auf andere Weise in seinem Verlaufe zu coupiren.

Das sicherste Mittel hiezu ist Jodkali in grösseren Gaben ($\frac{1}{2}$—1 Drachme oder 4 Scrup. pro die) und in Verbindung mit Morphium ($\frac{1}{2}$—1 Gran pro die); man löst diese Mengen in 3—4 Unzen Wasser auf, und lässt sie auf 3—4 mal über den Tag verbrauchen. Manchmal ereignet es sich wohl, dass die ersten grösseren Gaben wegen der hierauf eintretenden Hyperämien der Respirations-Schleimhaut nicht gut vertragen werden, und man muss in derlei Fällen durch einige Tage eine kleinere Dosis geben oder 1—2 Tage mit diesen Medikamenten aussetzen. Bei gleichzeitiger Stuhlverstopfung wird inzwischen Infusum Sennae oder Oleum Ricini gegeben, oder Klystiere angewendet.

Mit dem Jodkali und Morphium wird so lange in derselben Gabe fortgesetzt, bis nicht eine deutliche Abnahme des Leidens und Krisen zugegen sind, was manchmal schon in einigen Tagen, in anderen Fällen erst nach 2—3 Wochen der Fall ist. Je frühzeitiger die grösseren Dosen zur Anwendung kommen, und je consequenter sie fortgesetzt werden, desto schneller wird in der Regel der Verlauf abgekürzt, und in den meisten Fällen tritt bald nach dem Gebrauche dieser Mittel eine auffallende Erleichterung und Milderung der Schmerzen und des Fiebers ein.

Diese Therapie ist auch darum den anderen vorzuziehen, weil sie überall anwendbar mit keinen Umständen verbunden und von keinen nachtheiligen Folgen begleitet ist.

Directe Heilwirkung ist noch zu erwarten von der Kaltwasserkur: dem Einschlagen des Kranken in nasskalte Leintücher und sofortigen Einwickeln in Kotzen etc., und den öfteren Aderlässen, welche nach Umständen in kürzeren oder längeren Zeiträumen wiederholt werden. — Die Anwendung der nasskalten Tücher ist nicht immer leicht möglich, und auch da, wo sie sehr zweckmässig gemacht wird, nicht sicherer in ihrem Erfolge als die Behandlung mit Jodkali Die Venäsectionen theilen denselben Grad der Unsicherheit des Erfolges und setzen leicht höhere Grade von Anämie etc.

Extractum Aconiti, die phosphorsauren Alcalien, Nitrum und antiphlogistische Abführmittel werden auch gegen acuten Gelenk-Rheumatismus gelobt.

Chinin leistet ausgezeichnete Dienste in den Fällen, wo die Remissionen hochgradig ausfallen, so wie da, wo sich das Wechseln der Local-Affectionen streng typisch gestaltet.

Die Behandlung der Complicationen wurde schon am geeigneten Orte angegeben.

Symptomatisch muss Morphium oder Opium Abends vor der Exacerbation da gegeben werden, wo die Darreichung des Morphium's nicht mit zur Therapie gehört. Auch kann man zu demselben Zwecke Chloroform als Riechmittel gebrauchen.

Die locale Behandlung ist bei dem auf mehrere Gelenke verbreiteten Leiden eben so erfolglos als umständlich; doch können immerhin einzelne Gelenke in Flanell, Watta, Werg etc. gewickelt werden.

Ist das Leiden gleich Anfangs auf ein Gelenk localisirt, oder geschieht diess im weiteren Verlaufe und ist der Grad der Hyperämie hiebei ein höherer, so sind Blutegel und nach Umständen kalte oder feuchtwarme Umschläge anzuwenden.

Ist hingegen das Leiden in seiner Totalität schon gebrochen, und besteht die exsudative Affection noch in einem Gelenke fort, so sind nach dem Grade des Leidens und den Verhältnissen des betroffenen Gelenkes bald Einreibungen von Mercurial-Salbe (mit Ammonia pura liquida) oder Jod-Salbe (ohne oder mit Extractum Cicutae), bald Vesicantien, oder Einwickelungen mit einfachen Pflastern, mit Flanell, Wachstaffet u. dgl. angezeigt.

Geringere Grade von Steifigkeit in den Gliedern wie sie häufig zurückbleiben und nicht immer durch Exsudat in den Gelenken, sondern auch durch die Unthätigkeit der Muskel bedingt sind, weichen aromatischen, geistigen Einreibungen, warmen Bädern, Dampfbädern — höhere Grade erfordern den Gebrauch der natürlichen Schwefelbäder.

Der Reconvalescent hat sich warm zu kleiden und vor Verkühlung zu hüten; und wenn ihn seine Verhältnisse zwingen, sich in der Folge wieder den schädlichen Einflüssen des Temperatur-Wechsels häufig auszusetzen, so hat er sich dagegen durch Abhärtung des Hautorganes mittelst kalter Waschungen zu schützen.

II. Acuter Muskel-Rheumatismus.

Geringere Grade, wenn sie fieberhaft verlaufen, werden mit unter dem Begriff von rheumatischen Fieber verstanden.

Höhere Grade — Myositis rheumatica — sind selten selbstständig, gewöhnlich im Verlaufe des Gelenkrheumatismus zu beobachten.

An der Stelle des erkrankten Muskels ist Schmerz von obiger Beschaffenheit, Spannung, auch manchmal leichte Schwellung des Muskels zu beobachten, die Function desselben ist aufgehoben etc.

Der Rheumatismus kommt häufig in der Nackenmuskulatur, in den Muskeln der Extremitäten, der Lendengegend (Lumbago rheumatica, Hexenschuss) etc. vor.

Der Verlauf beim selbstständigen Muskelrheumatismus geht häufig in den chronischen über, selbst bei geringeren Graden des Leidens, — sonst verläuft der Prozess mit dem Gelenkrheumatismus gleichzeitig acut.

Ueber die Therapie gilt das bis jetzt über Rheumatismus Gesagte; nur kommen hier Anfangs Blutegel und bei längerer Dauer des Leidens Vesicantien mit gutem Erfolge häufig zur Anwendung — sobald das Leiden mehr localisirt bleibt.

III. Der chronische Rheumatismus

geht aus den acuten Formen hervor, doch sind es mehr die leichteren, Anfangs schnell vorübergehenden, oder die vom Anfange gleich nur auf einzelne Stellen localisirten Fälle, in deren Gefolge es zum chronischen Verlauf kommt, seltener geschieht diess bei jenen, wo das Leiden ursprünglich als heftigere Phlogose mehrerer Gelenke mit wanderndem Verlaufe aufgetreten ist.

Als chronischer Rheumatismus bezeichnet man jene rheumatische Affectionen, die sich häufiger wiederhohlen, gewöhnlich an derselben Stelle (Gelenk oder Muskel) erscheinen, zuletzt durch jeden Wechsel der Witterung oder die geringste Verkühlung und Anstrengung erneuert werden.

Im Verlaufe kann es zur Steifigkeit und Contracturen der Gelenke, zum Schwund einzelner Muskel oder ganzer Gliedmassen kommen etc.

Längere Dauer, oder schon gesetzte materielle Veränderungen am Sitze des Leidens machen dasselbe schwer heilbar; übrigens ist dasselbe mehr lästig und schmerzhaft, als gefährlich.

Durch das Verhalten der Constitution des Kranken, durch den Gesammtverlauf und den Sitz der Affection unterscheidet sich der chronische Rheumatismus von Gicht — übrigens werden diese beiden Leiden häufig genug für identisch genommen.

Bei der Behandlung des chronischen Rheumatismus hat man von Seite des Regimes einen sicheren Schutz gegen Verkühlungen und Witterungs-Einflüsse anzustreben; und local eines jener Heilmittel anzuwenden, wie wir selbe bei der Gicht und den acuten Rheumatismus für den localen Gebrauch angegeben haben; aus dem dort Gesagten ergibt sich auch leicht die spezielle Anzeige für dieses oder jenes Verfahren.

Register.

Die römischen Ziffer bedeuten den Band, die arabischen die Seite.

A.

Abdominaltyphus I. 41
Abscess der Lunge II. 173
„ retropharyngeal . . II. 299
Acarus folliculorum II. 549
„ scabiei II. 549
Accessus arthrit I. 274
Acephalocystenbalg der Leber II. 443
Acne disseminata II. 529
„ inflammata II. 529
„ indurata II. 531
„ menti II 531
„ punctata II. 500
„ pustulosa II. 530
„ rosacea II. 541
„ sebacea II. 500
„ syphilitica I. 295
Acor ventriculi II. 316
Aftergebilde des Gehirns . . II. 62
„ der Haut II. 543
Albinismus partialis II. 543
„ totalis II. 543
Albuminurie II. 463
Alcoholism. chronicus . . . I. 343
Alopecia II. 543
„ areata II. 547
Alvi obstructio II. 403
Amenorrhoe II. 488
Anämie I. 200
Anämie der Haut II. 497
Anästhesie des Quintus . . II. 86
Anasarca I. 213
Angina chronica II. 300
Angina diphtheritica . . . II. 303
„ faucium cat. . . . II. 296
„ membranacea . . . II. 143
„ palatina, tonsillaris etc. II. 296
„ pectoris Heberdeni . I. 281
„ pustulosa etc. . . . II. 295
„ Scarlatinosa . . . I. 117
„ Syphilitica I. 291
Anhäufung von Koth im Darm II. 404
Anhidrosis II. 497
Animi deliquium II. 119
Anevrysma aortae II. 282
„ „ ascend. . II. 283
„ „ descend. . II. 283
„ der Bauchaorta . II. 284
Aortitis II. 282
Aphonia nervosa II. 157
Aphthen II. 304
Apoplexia nervosa II. 57
„ Sanquinea . . . II. 40
„ Serosa II. 56
„ Spinalis II. 72
Apyrexie I. 19
Arena urinaria II. 473
Argyriasis II 538
Arsenvergiftung chron. . . I. 341

Arthralgia Saturnina . . . I. 335
Arthritis I. 267
„ irregularis . . . I. 274
„ regularis I. 274
Arthrophlogosis rheum. . . II. 552
Ascaris lumbricoid. . . . II. 408
„ vermicul. II. 408
Ascites I. 215
Asphyxia II. 119
Asthma acut. Millari . . . II. 150
„ bronchiale II. 243
„ hystericum II. 121
„ laryng. infantum . . II. 149
Atrophie des Gehirns . . . II. 64
„ der Hautgebilde . . II. 543
„ des Herzens . . . II. 273
„ der Leber acute . . II. 434
„ des Rückenmarks . II. 73
Augentripper II. 480
Azoturie II, 473

B.

Balggeschwülste Syphil. . . I. 302
Bandwurm der breite . . . II. 409
„ „ langgliedrige . II. 409
Bartfinne II. 531
Bauchgrimmen II. 415
Bauchwassersucht I. 215
Bauernwetzel II. 293
Bläschen Syphilid I. 296
Blasenausschlag II. 517
Blasenblutung II. 467
Blasen Catarrh II. 465
„ Hämorrhoiden . . . II. 467
„ Krampf II. 468
„ Lähmung II. 469
„ Syphilid I, 295
Blattern I. 92
„ entzündliche . . . I. 97
„ falsche I. 107
„ faulige I. 97
„ modifizirte I. 105
„ wahre I. 9
Blausucht I. 200 II. 284
Bleichsucht I. 205
Bleikrankheit I. 334
„ Kolik I. 335
„ Lähmung I. 336
Blenorrhoea viror II. 477
Blutandrang zum Kopf . . . II. 3
Blutarmuth I. 200
Bluterguss in das Gehirn . . II. 40
„ in den Wirbelkanal II. 72
Bluthusten II. 224
„ Sepsis I. 218
Blutungen des Darmkanals . II. 399
„ hämorrhoid . . . II. 380
„ der Gebärmutter . II. 487
„ der Mundhöhle . . II. 307
Blutwässrigkeit I. 211
Bräune die bösartige . . . II. 303
„ „ häutige . . . II. 143
Brand der Gedärme . . . II. 397
Brechruhr die asiatische . . II. 368
Brightische Nierenkrankheit . II. 453
Bronchiectasie II. 159
Bronchitis crouposa . . . II. 159
Bronchotyphus I. 57
Brustbräune II. 281
„ fellentzündung . . . II. 186
„ krampf (Brustklemme) . II. 243
Bubonen I. 289. II. 479
Bubonenpest I. 58

C.

Cachexia Syphilitica . . . I. 301
Calculi biliares II. 445
„ renales II. 474
„ vesic. urin. . . . II. 475
Calvities II. 543
„ Syphilitica . . . I. 298
Cancer aquaticus II. 290
Canities II. 543
Carcinoma hepatis II. 441
„ ventriculi . . . II. 329
Cardialgia II. 336
„ flatulenta . . . II. 337
„ pro Intermittente . II. 337
Cardiopalmus nervosus . . II. 280
„ rheumat. . . II. 281

Carditis II. 265
Caries Syphilit. I. 301
Catalepsie II. 128
Cataphora II. 129
Catarrh der Bronchien . . . II. 157
„ des Darmkanals . . II. 341
„ „ „ chronisch II. 347
„ der Gallenwege I. 318 II. 440
„ des Larynx und Trach. II. 138
„ „ „ chronisch. II. 140
„ „ Magens . . . II. 313
„ „ „ chronisch II. 314
„ der Nasenhöhle . . II. 131
„ des Nierenbeckens . II. 463
„ der Scheide . . . II. 485
Catarrhus epidemic. . . . I. 28
Chanker I. 287
Chankerseuche I. 283
Cheirospasmus scriptorum . . II. 108
Chloasma II. 538
Chlorosis I. 205
„ cerea I. 206
„ erethica I. 206
„ florida I. 206
„ torpida I. 206
Cholämie I. 318
Cholelithiasis II. 445
Cholepyra I. 31
Cholera nostras II. 375
„ morbus II. 368
„ Symptomatica . . . II. 375
„ Varietäten der Form . II. 372
Cholerina II. 370, 375
Choleratyphoid II. 374
Cholosis I. 31
Chorea II. 104
„ rotatoria II. 106
„ St. Viti II. 104
Cirrhosis hepatis II. 435
Clavus II. 79
Colica II. 415
„ flatulenta II. 416
„ psyctica II. 416
„ Saturnina I. 335
„ stercorosa II. 416
Colica verminosa etc. II. 416
Colloid Leber II. 440
Commedones II. 500
Condylome I. 296
Congestio cerebri II. 3
Convulsion der Kinder . . . II. 118
„ „ Schwangeren etc. II. 117
Cornu cutaneum II. 537
Coryza purulenta II. 134
Craniotabes I. 251
Croup der Bronchien II. 159
„ des Larynx II. 143
„ „ „ der Erwachsenen II. 149
„ der Mundhöhle II. 286
„ „ Nasenhöhle II. 133
Crusta lactea II. 507
„ „ lamellosa . . . II. 501
Cyanosis I. 200 II. 284
Cysten der Niere II. 463
Cystitis blenorrh. II. 479
„ catarrh. II. 465
Cystodynia II. 468
Cystoovarium II. 487
Cystorrhagia II. 467

D.

Darm-Blutung II. 399
„ Einklemmung II. 394
„ Ineinanderschiebung . II. 394
„ Schmerz II. 415
„ Steine II. 405
„ Verengerung II. 394
„ Würmer II. 471
Delirium cum tremore I. 345
Diabetes mellitus II. 471
Diaphragmitis II. 245
Diarrhoea cruenta II. 399
„ indigestorum . . . II. 348
„ pro intermittente . II. 347
„ Serosa II. 344
Diathesis erysipelat. I. 137
Dickhäutigkeit II. 538
Dilatatio cordis II. 273
Dithmarsische Krankheit . . I. 304
Dolor faciei Fothergilli . . II. 82

Dolor osteocopus I. 303
Dothinenteritis I. 41
Drüsendarre I. 247
Dyscrasia carcinomat. . . . I. 257
„ potator. I. 343
„ urinosa I. 322
Dyscrasien acute I. 20
„ chronische . . . I. 194
Dysenterie II. 359
„ catarrh. . . . II. 361
„ gastrica . . . II. 363
„ inflammator. . . II. 362
„ sicca, rubra etc. . II. 362
„ typosa II. 365
Dyspepsia nervosa II. 335
Dysphagia paralitic. . . . II. 313
„ Spastica . . . II. 311
Dysphonia clericorum . . . II. 157

E.

Echinococcussack der Leber . II. 443
Eclampsia gravidarum etc. . II. 117
„ infantum . . . II. 118
Ecthyma II. 520
„ acutum II. 520
„ cachectic. II. 521
„ chronicum . . . II. 520
„ Syphilitic I. 295
Eczema II. 503
„ acutum II. 504
„ capitis II. 507
„ chronicum II. 505
„ faciei II. 507
„ impetiginosum . . . II. 504
„ locale II. 507
„ rubrum II. 504
„ simplex II. 504
„ universale II. 506
Einpissen der Kinder . . . II. 470
Eitergährung des Blutus . . I. 329
Eiweissharnen II. 463
Elephantiasis II. 538
„ arabum . . . II. 539
„ graecorum anaesthet. II. 540
„ graecor. tuberculosa II. 540
Elephantopus II. 539
Emphysema pulmon. . . . II. 232
Encephalomalacia II. 25
„ Symphoresis . . II. 3
Enteralgia II. 415
Enterostenosis II. 394
Entfärbung der Haare . . . II. 543
Entozoën II. 408
Enuresis paralyt. II. 469
Entzündung des Bauchfells . II. 417
„ „ Blinddarms . II. 353
„ „ Darmkanals . II. 352
„ „ Eyerstocks . II. 486
„ „ Gallensyst. croup. I. 440
„ „ Gehirns . . II. 24
„ der Harnblase catarrh. II. 465
„ „ Harnröhre männl. II. 477
„ des Herzbeutels . II. 247
„ „ Herzüberzuges inneren II. 257
„ der Hirnhäute . II. 13
„ „ Knochen Syphilit. I. 300
„ des Larynx phlegmon etc. II. 142
„ der Leber interstitielle II. 435
„ „ „ parenchimat. II. 432
„ „ „ Syphilitische II. 433
„ des Magens croup. und toxische II. 320
„ der Milz . . . II. 449
„ „ Mundhöhle einfach. II. 286
„ „ „ croupöse II. 286
„ „ Nieren Brightische II. 453
„ „ „ umschriebene II. 463
„ „ „ Kapsel . II. 463
„ „ Pfortader . . II. 439
„ des Rachens catarrh. II. 296
„ „ „ croupöse II. 303
„ der Rückenmarkshäute II. 67
„ „ Speiseröhre . II. 307
„ des Zwerchfells . II. 245
Ephelides II. 538
Ephidrosis II. 498
Epididymitis blenorrh . . . II. 479
Epiglottitis II. 142

Epilepsie II. 111
Epistaxis II. 134
Erbgrind II. 544
Ergotismus I. 342
Erguss in die Brustfellsäcke . II. 186
Errosionen hämorrh. des Magens II. 328
Ermüdungskrämpfe II. 110
Erweichung der Darmhäute . II. 397
„ „ Leber . . . II. 434
„ des Rückenmarks . II. 71
Erweiterung der Aorta . . . II. 282
„ „ Bronchien . II. 159
„ des Herzens . . II. 273
„ „ Oesophagus . II. 309
Essera I. 159
Exantheme I. 89
Exantheme nicht specifische . I. 131
„ specifische . I. 91
Exsudate in der Haut . . . II. 501
Exsudatum pleuriticum . . . II. 186
„ „ albuminos II. 195
„ „ fibrinos. II. 195
„ „ hämorrhag. II. 197
„ „ Serosum . II. 196
Erysipelas bullosum I. 136
„ chronicum I. 144
„ erraticum I 136
„ erythematosum . . I. 136
„ faciei I. 132
„ fixum I. 136
„ intermittens . . . I. 137
„ migrans I. 136
„ mixtum I. 136
„ neonatorum . . . I. 144
„ nosocomiale . . . I. 144
„ oedematosum . . . I. 136
„ phlegmonosum . . I. 135
„ primarium . . . I. 132
„ Pseudo- I. 145
„ pustulosum . . . I. 136
„ recidivum I. 145
„ secundarium . . . I. 143
„ traumaticum . . . I. 144
„ verum I. 131
„ vesiculorum . . . I. 136
Erysipelas volaticum . . . I. 136
Erythema II. 492
„ acutum II. 493
„ chronicum . . . II. 493
„ circinatum . . . II. 493
„ fugax et perstans . II. 492
„ intertrigo . . . II. 494
„ iris II. 493
„ marginatum . . . II. 493
„ nodosum II. 492
„ oedematosum . . II. 493
„ papulatum . . . II. 492
„ simplex II. 492

F.

Falcadine I. 304
Fallsucht II. 111
Favus II. 544
„ confertus II. 544
„ dispersus II. 544
Febris aperta I. 168
„ biliosa I. 31
„ comitata I. 173
„ completa I. 168
„ complicata I. 169
„ essentialis I. 11
„ hectica I. 19. 244
„ imperfecta I. 168
„ incompleta I. 168
„ larvata I. 168. 173
„ lenta I. 4. 6
„ mercurialis I. 339
„ meseraica I. 240
„ nervosa I. 41
„ „ torpida . . . I. 54
„ „ versatilis . . I. 53
„ perfecta I. 168
„ perniciosa I. 183
„ pituitosa I. 64
„ pura I. 169
„ putrida I. 221
„ quartana I. 166
„ quotidiana I. 166
„ remittens I. 174
„ symptomatica . . . I. 11

Febris tertiana I. 166
„ typhosa I. 39
Fégar, Fégarite II. 290
Feigwarzen I. 296
Fettleber II. 441
Fettsucht I. 227
Fettsucht des Herzens . . . II. 274
Fieber I. 7
„ acutes I. 18
„ adynamisches . . . I. 17
„ anhaltendes I. 18
„ aussetzendes . . I. 19. 159
„ catarrhalisches . . . I. 25
„ Character I. 14
„ chronisches I. 18
„ einfaches I. 17
„ entzündliches . . . I. 17
„ Exacerbation . . . I. 18
„ gastrisches I. 21
„ „ biliöses . . I. 22
„ hitziges I. 18
„ kaltes I. 19
„ Kuchen . . . I. 163. 170.
„ Küsten- I. 175
„ Paroxismus I. 19
„ Remission I. 18
„ rheumatisches . . . I. 28
„ Stadien I. 10
„ Tropen- I. 175
„ Vorboten I. 9
„ Wesenheit des . . . I. 14
Fischschuppenausschlag . . . II. 536
Flatulenz der Gedärme . . . II. 406
Flecken, Kinderflecken . . . I. 124
Fleckenmaal II. 538
Flechte II. 501
„ Kleien- II. 534
„ nässende II. 503
„ Moos- II. 524
„ Narben- II. 527
„ Pustel- II. 520
„ Schmutz- II. 518
„ Schuppen- II. 521
Fluxus homorrhoidalis . . . II. 380
Follicular Verschwärung des Darms II. 359
Fraisen der Kinder II. 118
Fraisen der Schwangeren etc. . II. 117
Frattsein der Kinder . . . II. 494
Friesel I. 146
„ selbstständiger . . . I. 152
Fussschweisse II. 498

G.

Gähnen II. 130
Gallensteine II. 445
Gangräna oris II. 290
„ pulmon. II. 228
Gastralgia II. 336
Gastromalacia II. 322
Gastrorrhoea aquosa . . . II. 316
Gefässwucherungen II. 542
Gehirn-Erweichung II. 24
„ Tuberkel II. 59
Gelbsucht I. 318
Gelenkrheumatismus acuter . . II. 552
Gelenkschmerz beim Tripper . II. 480
Geruch übler aus dem Munde . II. 307
Geschwür hämorrhoidales . . II. 383
Gesichtskrampf masticat. . . II. 86
„ mimischer . . II. 88
Gesichts-Lähmung masticat. . II. 82
„ Rose I. 136
„ Schmerz II. 82
Gicht I. 267
„ Anfall I. 274
„ chronische I. 271
„ Knoten I. 273
„ Metastasen I. 274
„ regelmässige I. 274
„ unregelmässige . . . I. 274
Gicht der Säufer I. 345
„ Vorboten I. 274
Globus hystericus II. 121
Glossitis II. 291
Glottisödem II. 153
Gneis der Kinder II. 500
Goldader II. 380
Gonorrhoea II. 477
Gravedo II. 132
Grind feuchter II. 520

Grippe I. 28
Grubenkopf II. 409
Grutum II. 500
Gürtelausschlag I. 153
Gummata I. 300
Gutta rosacea II. 542

H.

Haarmangel II. 543
Habitus apoplect. II. 46
„ arthriticus. I. 267
„ rheumatic. II. 554
„ scrofulosus I. 238
„ tuberculos. . . I. 235. II. 208
Haemitritaeus I. 174
Hämorrhagia cutis II. 532
„ narium . . . II. 134
„ pulmon. (Haemoptoe) II. 224
Hämorrhoidal Geschwür . . II. 383
„ Kolik . . . II. 388
„ Leiden . . . II. 380
Hämorrhoides coecae et fluentes II. 382
„ inflamat. mucosae etc. II. 383
„ regulares, irregular etc II. 389
„ Saccatae . . . II. 381
„ vesicae urinariae II. 383. 467
Hämatemesis II. 399
Hämatosepsis I. 218
Hämaturia renalis II. 464
„ vesicalis II. 467
Hagedrüsen I. 238
Harndyskrasie I. 322
Harnfluss unwillkührl. . . . II. 469
Harnschärfe I. 328
„ Steine II. 473
„ Winde II. 469
Hautausschläge fieberhafte . . I. 89
Hautfinne II. 529
„ horn II. 537
„ jucken II. 549
„ „ allgemeines . . II. 550
„ „ örtliches . . . II. 550
Hautsyphilis I. 293
Hauttalg. Absonderung vermehrte II. 499
„ „ verminderte II. 499
Hautwassersucht I. 214
Helminthiasis intestin. . . . II. 408
Hemicrania II. 79
Hemiplegia facialis II. 86
Hepatitis parenchymat. . . . II. 432
„ velament. II. 431
Herpes II. 501
„ abortivus II. 502
„ circinatus II. 505
„ iris II. 505
„ labialis II. 502
„ phlyctenodes . . . II. 503
„ praeputialis II. 502
„ tonsurans II. 546
„ Zoster I. 153
Herzfleischentzündung . . . II. 265
Herzklemme II. 281
„ klopfen nervöses . . . II. 280
Herzwurm II. 317
Hexenschuss II. 560
Hippurie II. 473
Hirnhautentzündung II. 13
Hirsekörnchen II. 500
Hoden syphilitisch I. 302
„ Entzündung II. 484
Honigwabengrind II. 544
Hüftweh II. 94
Hühnerauge II. 537
Hundswuth II. 127
Hydatiden I. 213
Hydrämie I. 211
Hydrargyrosis I. 338
Hydroa febrilis (vide Herpes) .
Hydrocephalie acute II. 31
„ chronische . . II. 35
Hydrophobie II. 126
Hydropneumonie II. 230
Hydrops diffusus I. 213
Hydropsien I. 211
Hydrops ovarii saccat. . . . II. 487
„ pericardii II. 256
„ pulmonum II. 230
„ renum II. 464
„ saccatus I. 213
„ spurius I. 213

Hydrorrhachie II. 71
Hydrothorax II. 203
Hydrurie II. 473
Hyperämie des Gehirns . . . II. 3
„ der Haut active . II. 492
„ „ „ passive . II. 497
„ „ Leber . . . II. 429
„ „ Lungen . . II. 161
„ des Rückenmarks . II. 67
Hyperidrosis II. 498
Hypertrophie der Epidermis . II. 534
„ des Gehirns . . II. 64
„ der Haare u. Nägel II. 543
„ des Herzens . . II. 270
„ der Lederhaut . II. 538
„ „ „ und
der Talgdrüsen . II. 541
„ des Pigments . . II. 537
Hypochondrie II. 125
Hysteralgie II. 490
Hysterie II. 120
Hystricismus II. 536

I.

Ichthyosis II. 536
„ cornea II. 536
„ hystrix II. 536
„ nidida II. 536
„ serpentina . . . II. 536
„ simplex II. 536
Icterus I. 318
„ ex catarrho I. 318
„ inflammator. I. 320
„ niger I. 318
„ organicus I. 320
„ regius I. 318
„ spasticus I. 319
„ typhoides II. 434
Ignis sacer I. 153
Ileotyphus I. 41
Ileus organicus II. 394
Impetigo II. 520
„ achor II. 520
„ phlyzacion II. 520
„ psydracion II. 520
Impetigo sparsa II. 520
Incarceratio intestinor. . . . II. 394
Induratio pulmon. II. 174
Influenza I. 28
Insolation II. 7
Insufficientia Valv. aortae . . II. 268
„ „ bicuspid. . II. 267
„ „ cordis . . II. 265
„ „ tricuspid. . II. 269
Intermittens (Febris) . . . I. 159
Intertrigo II. 494
Intoxicat. chron. I. 334
Intussusceptio intest. . . . II. 494
Iritis Syphilit. I. 302
Ischias, Ischialgie II. 94
Ischuria paralyt. II. 469
Isthmitis catarrh. II. 296
Juchkrampf II. 150
Juckknötchen II. 515

K.

Kahlheit syphilitische . . . I. 298
Katzenjammer II. 316
Kehldeckelentzündung . . . II. 142
Kehlkopfcroup II. 143
Kehlkopfhusten krampfh. . . II. 157
Kettenwurm II. 409
Keuchhusten II. 240
Klappenfehler des Herzens . . II. 265
Kleienflechte II. 534
Knotenmaal II. 537
Kolik II. 415
„ hämorrhoidal. II. 388
Komplimentirkrampf . . . II. 106
Kopfgrind II. 507
„ scheerender . . . II. 546
Kopfschmerz nervöser . . . II. 79
Krätze II. 511
„ milbe II. 511
Krampf des Schlundes . . . II. 311
„ der Speiseröhre . . II. 311
„ „ Stimmritze . . . II. 149
„ des Zwerchfells . . II. 246
„ der Zunge II. 307
Krankheiten der Aorta . . . II. 282

Krankheiten des Bauchfells . . II. 417
„ „ Brustfells . . II. 157
„ „ chylopoëtischen Systems . . II. 286
„ der Circulations-Organe II. 247
„ der Gedärme . . II. 339
„ des Gehirns . . II. 3
„ der Gelenke . . II. 551
„ „ Geschlechtstheile II. 477
„ „ Haut . . . II. 491
„ des Kehlkopfes . II. 138
„ der Leber . . . II. 429
„ „ Luftröhre . . II. 138
„ „ Lunge . . . II. 157
„ des Magens . . . II. 313
„ der Milz . . . II. 449
„ „ Mundhöhle . . II. 286
„ „ Muskel . . . II. 551
„ „ Nasenhöhle . II. 131
„ des Nervensystems . II. 1
„ „ Pancreas . . II. 452
„ der Rachenhöhle . II. 286
„ „ Respirations-Organe . . . II. 131
„ des Rückenmarks . II. 64
„ der Speiseröhre . II. 307
„ Umhüllungen des Gehirns II. 3
„ Umhüllungen des Rückenmarks . . II. 64
„ des uropoëtischen Systems II. 453
„ des Zwerchfells . II. 245
Krebs des Bauchfells . . . II. 426
„ der Gedärme II. 392
„ Krankheit I. 257
„ der Lunge II. 223
„ „ Milz II. 452
„ „ Niere II. 464
„ „ Retroperitonealdrüsen II. 428
Kriebelkrankheit I. 342
Kupfer Dyscrasie I. 342
„ handel (Kupferrose . . II. 542

L.

Lachkrämpfe II. 130
Lähmung des Facialis . . . II. 86
„ der Speiseröhre . . II. 313
Läuse II. 549
Laryngitis catarrh. II. 138
„ diphtheritic. . . . II. 143
„ oedemat. II. 153
Laryngotyphus I. 57. 58.
Laufkrampf II. 106
Leber-Abscess II. 432
„ Cirrhose II. 435
„ Fleck II. 538
„ Krebs II. 441
Lentigo (Linsenfleck) . . . II. 538
Lepra Gräcor. II. 540
„ siphilit. I. 294
„ Willani II. 521
Leucorrhoen II. 485
Lichen II. 524
„ acutus II. 524
„ agrius II. 525
„ circumscript. II. 525
„ chronicus II. 524
„ lividus II. 525
„ pilaris II. 525. 537
„ simplex II. 525
„ syphilit. I. 295
„ urticat. II. 525
Lienitis parenchym. II. 450
„ velamentos. . . . II. 449
Lienterie II. 348
Lipothymia II. 119
Luftansammlung im Bauchfellsack II. 426
Lumbago rheumat. II. 560
Lungenblutung (Blutsturz) . . II. 224
Lungen-Brand II. 228
„ Emphysem II. 232
„ Entzündung . . . II. 162
„ Hyperämie II. 161
„ Oedem II. 230
„ Tuberculose . . . II. 203
„ „ acute . . II. 215
„ „ chronische II. 207

Lupus II. 527
„ exedens II. 527
„ exfoliativus II. 528
„ exulcerativus . . . II. 528
„ hypertrophicus . . . II. 528
„ nodosus II. 528
„ non exedens . . . II. 527
„ serpiginosus . . . II. 528
„ syphiliticus I. 295
„ vulgaris II. 528
Lustseuche I 281

M.

Magen-Blutung II. 399
„ Erweichung II. 322
„ Geschwür perforirend. . II. 322
„ Krampf II. 336
„ Krebs II. 329
„ Ruhr II. 348
„ Säure II. 316
Mahlglatze II. 547
Malerkolik I. 335
Malum ischiadic. II. 94
Marisci II. 381
Masern I. 124
„ einfache I. 126
„ entzündliche . . . I. 126
„ faulige I. 127
Mastdarmtripper II. 480
Mehlhund II. 306
Meningealtuberculose acute . II. 58
„ chronische II. 58
Meningitis II. 13
„ cerebrospinalis . . II. 18
„ chronica . . . II. 20
„ genuina II. 14
„ spinalis II. 67
Melasma II. 538
Mentagra II. 531
Menstrua parca, rara . . . II. 488
Menstrual Kolik II. 490
Menstruation fehlende . . . II. 488
Mercurial Cachexie I. 338
„ Zittern I. 339
Merycismus II. 339
Meteorismus II. 406
Metrorrhagia II. 487
Migräne II. 79
Milbengang II. 511
Milchborke II. 507
Miliaria I. 146
„ alba I. 146
„ critica I. 148
„ crystallina I. 146
„ eigentliche I. 150
„ rubra I. 146
„ symptomatica . . I. 148. 152
Milium. II. 500
Milzsucht II. 125
„ tumor II. 451
Mitesser II. 500
Molimina hämorrh. II. 386
Moosflechte II. 524
Morbilli apyretici I. 127
„ confluentes I. 127
„ sine exanthemate . . I. 127
„ vesiculosi I. 127
„ vulgares I. 127
Morbus Brightii II. 453
„ caducus II. 111
„ hämorrhoidalis . . . II. 380
„ Hippocrat. niger (Meläna) II. 399
„ marinus (nauticus) . . II. 238
„ porcinus I. 159
„ Werlhofii maculos. . I. 226
Mumps II. 293
Mundfäule II. 286
Mundsperre II. 86. 100
Muscatnussleber II. 429
Muskel-Rheumatismus acut. . II. 560
„ Unruhe II. 104
Mutterkorn-Vergiftung chronische I. 342
Mutterplage II. 120
Myelitis II. 71

N.

Nachthusten periodischer . . II. 149
Nachtripper II. 478
Nachtwandeln II. 129
Naevus Spilus II. 538

Naevus vascularis II. 542
„ verucosus II. 537
Nagelkrankheit Syphilit. . . I. 298
Nasen Blutung II. 134
„ Geschwür II. 134
„ tripper II. 133. 480
Nephralgie (Nierenkolik) . . II. 475
Nephritis albumin. II. 453
„ acuta II. 463
Nesselausschlag I. 156
Neubildungen der Haut . . II. 543
Nevralgie einzelner Nerven . II. 94
„ des Foemoral Nerven II. 94
„ „ Herzens . . . II. 281
„ „ Kopfes . . . II. 79
„ „ Nervus trigemin. II. 82
„ „ Rückenmarks . II. 88
„ „ Uterus . . . II. 490
Nevritis II. 97
Nevrosen II. 79
„ der Haut II. 549
Nickkrampf II. 106
Nierenblutung II. 464
Nierensteine II. 474
Nigrities partialis II. 538
Noduli hämorrh. II. 380
Noma II. 290

O.

Obstipatio II. 403
Obstipitas capitis acuta . . II. 103
Oedema I. 213
„ cutaneum I. 213
„ glottidis II. 153
„ pulmonum II. 230
Oenomanie I. 345
Oesophagismus II. 311
Oesophagitis II. 307
Ohnmacht II. 119
Ohrspeicheldrüsen-Entzündung . II. 293
Olygämia I. 200
Oophoritis II. 486
Ophthalmia blenorrh. . . . II. 480
Orchitis II. 479
Osteomalacia adultor. . . . I. 256
Oxalatsteine II. 473
Oxalurie II. 473
Oxyuris II. 408
Ozaena II. 134
„ scrophulosa II. 134
„ spuria II. 134
„ syphilit. II. 134

P.

Pachidermia II. 538
Paralysis agitans II. 110
„ faciei II. 86
„ saturnina I. 336
„ vesicae urinar. . . II. 469
Parasiten der Haut II. 544
„ „ „ pflanzliche . II. 544
„ „ „ thierische . II. 549
Paratrimma II. 494
Parotitis II. 293
Pediculi II 549
Peitschenwurm II. 409
Peliosis rheum. II. 496
Pemphygus II. 517
„ solitarius II. 518
Perforation des Darms . . II. 398
„ „ Oesophagus . II. 311
Pericarditis II. 247
„ chrondritis laryngea . . II. 142
„ „ trachealis . . II. 142
„ hepatitis II. 431
„ laryngitis II. 143
„ nephritis II. 463
„ ostitis syphil. I. 300
„ splenitis II. 449
„ toncitis II. 417
„ typhlitis II. 354
Pertussis II. 240
Pestis orientalis I. 88
Petechien (vide Purpura) . .
Petit mal II. 113
Pharyngitis inferior II. 298
Phosphatsteine II. 473
Phthyses laryngeae . II. 141. 143. 154
Phthysis florida I. 240
„ pulmon. tuberc. . . II. 203

Phyto alopecia II. 547
„ mentagra II. 548
Pisse die kalte II. 469
Pityriasis II. 534
„ capit. asbestina . . II. 535
„ „ farinosa . . II. 535
„ palpebrarum etc. . . II. 535
„ rubra II. 534
„ simplex II. 534
„ versiculor . . . II. 538
Plethora I. 195
„ spuria I. 198
Pleuritis II. 186
„ chronica II. 198
Plica polonica II. 547
Pneumonia I. 162
„ catarrh. . . . II. 184
„ crouposa . . . II. 163
„ hypostat. . . . II. 185
„ interstitial. . . . II. 185
„ lobularis . . . II. 183
„ serosa II. 230
„ typhosa I. 58
Pneumorrhagia II. 224
„ thorax II. 238
„ typhus I. 58
Pocken I. 92
„ gemilderte I. 105
„ Kuh- I. 110
„ Menschen- I. 92
„ unechte I. 112
Podagra I. 267
Pollutionen II. 485
Polyposis I. 227
Polyuria simplex II. 473
Pomphi I. 156
Pompholix II. 518
Porrigo II. 507
„ decalvans II. 547
„ favosa II. 544
„ lupinosa II. 544
„ scutulata II. 544
Porzellanfieber I. 159
Prosopalgia II. 82
Prostatitis blenorrh. II. 479
Prurigo II. 515
„ formicans II. 516
„ localis II. 516
„ mitis II. 516
„ pedicularis II. 549
„ senum II. 516
„ sine papulis . . . II. 550
Pruritus cutaneus II. 550
Pseudocroup . . II. 146. 149. 150
Pseudoplasmen des Gehirns . II. 62
Pseudosyphilis (vide Herpes) .
Psoriasis II. 521
„ agria II. 522
„ diffusa II. 521
„ figurata II. 521
„ guttata II. 521
„ localis II. 522
„ palmaris I'. 522
„ scutellata II. 522
„ syphilit. I. 204
„ universalis . . . II. 522
Ptyalismus Mercurialis . . . I. 339
Pulsation nervöse der Bauchaorta II. 284
Purpura II. 532
„ eechymosis . . . II. 532
„ haemorrhag. (idiopathica) I. 226
„ petechia II. 532
„ rheumatic. . . . II. 533
„ scorbutica (symptomat.) II. 533
„ senilis II. 533
„ simplex I. 227
„ urticata II. 533
„ vibex II. 532
Pustelflechte II. 520
Pyämie I. 329
Pyrosis II. 317

Q.

Quaddeln (Pomphi) I. 157
Quecksilber Cachexie I. 338
„ Scorbut . . . I. 340

R.

Rabies canina II. 127
Rachencatarrh chron. . . . II. 300

Rachencroup. II. 303
Rachitis I. 250
„ acuta I. 252
Radezyge I. 304
Raphania I. 342
Regenbogenflechte II. 503
Reizfieber I. 17
Rheumatalgia acut trigem. . II. 83
Rheumatism. acut. II. 552
„ chron. II. 561
„ der Gelenke . . II. 551
„ Mercurialis . . I. 340
„ Metallicus . . I. 335
„ der Muskel . . II. 531
„ paralitic. colli. . II. 103
„ pharyngis . . . II. 301
Rhinorrhagia II. 134
Rhizophytoalopecia II. 546
Ringworm II. 546
Roseola II. 295
„ anularis, gyrata etc. . II. 296
„ infantilis II. 296
„ rheumatic. II. 296
„ substantiva II. 296
„ symptomatica . . . II. 296
„ syphilitica I. 294
„ typhosa I. 49
„ vaccinia, variolosa . II. 296
Rothlauf I. 131
„ chronisches . . . I. 144
„ falsches I. 145
„ nicht selbstständiges . I. 143
„ selbstständiges . . I. 132
„ wahres I. 131
Rubeola I. 130
Rückenmarksdarre II. 73
„ Entzündung . . II. 71
Ruhr II. 359
Ruminatio humana II. 339
Rupia (Rhypia) II. 518
„ escharotica II. 519
„ prominens II. 519
„ simplex II. 519
Ruptur des Oesophagus . . II. 311

S.

Sackwassersuchten I. 213
Säufer Cachexie I. 343
„ Wahnsinn I. 345
Salz II. 505
Samenabgang unfreiwilliger . II. 485
Sarcoptes hominis II. 511
Scabies II. 511
„ pustulosa II. 514
„ spuria II. 521
Scarlatina levis I. 119
„ miliaris I. 119
„ sine exanthem . . I. 119
„ variegata . . . I. 119
Scarlievo (Scerlievo) . . . I. 304
Schafhusten II. 149
Scharlach I. 116
„ einfacher I. 118
„ entzündlicher . . . I. 118
„ fauliger I. 119
Scheidenflüsse II. 485
Scheintod II. 119
Schlafsucht II. 129
Schlagfluss Blut- II. 40
„ nervöser . . . II. 57
Schleimschlag II. 57
Schluchzen II. 130. 246
Schmarotzer in der Haut . . II. 544
Schmutzflechte II. 518
Schnupfen II. 131
Schreibekrampf II. 108
Schrunden syphilit. I. 297
Schüttellähmung II. 110
Schuppenflechte II. 521
„ Grind II. 534
Schwam Syphilid I. 296
Schweisssucht II. 498
„ locale . . . II. 498
Schwiele II. 537
Schwindel II. 82
Schwindflechte II. 524
Schwindsucht gallopirende . . I. 240
„ der Gekrösdrüsen I. 247
Scirrhus ventriculi II. 329

Scrofulosis I. 231
„ chronica I. 237
Seborrhoe der Erwachsenen . II. 499
„ „ Kinder . . . II. 500
Secretions Anomalien der Haut II. 497
Seekrankheit II. 338
Sehnenverkürzung Syphil. . . I. 303
Seröse Ergüsse in das Gehirn . II. 30
„ „ „ den Wirbelkanal II. 71
Seufzen II. 130
Skorbut I. 218
„ acuter I. 221
„ chronischer . . . I. 221
„ Land- I. 221
„ Merkurial- I. 340
„ primärer I. 221
„ See- I. 221
„ secundärer . . . I. 221
Soor II. 306
Sommersprossen II. 538
Somnambulismus II. 129
Sonnenstich II. 7
Spasmus bronchialis . . . II. 243
„ glottidis II. 149
Speckleber II. 440
„ Milz II. 451
„ Niere II. 464
Spedalskhéd II. 540
Speichelfluss II. 307
„ Merkurial- . I. 339
Spermatorrhoe II. 485
Spinal-Irritation II. 88
Spleen II. 125
Splenitis II. 449
Springwurm II. 408
Spulwurm II. 408
Stachelschweinmensch . . . II. 536
Starrkrampf II. 100
„ sucht II. 128
Status gastricus II. 313
„ „ acidus . . II. 316
„ „ biliosus . . II. 316
„ „ catarrh. simplex II. 316
„ „ crapulosus . II. 316
„ „ rancidus . . II. 316
Status gastricus saburralis . . II. 316
„ „ serosus . . II. 316
Steine in der Harnblase . . II. 475
Stenosis Oesophagi II. 310
„ ostii aortae . . . II. 269
„ „ venosi sinistri . II. 267
„ ostiorum cordis . . II. 265
Stickhusten II. 240
Stinknase II. 134
Stockschnupfen II. 132
Stomacace II. 288
Stomatitis erythem. . . . II. 286
„ diphtherit. . . . II. 286
„ typhosa I. 57
Stomatonecrosis II. 290
Stricturen der Harnröhre . . II. 480
Strophulus II. 527
„ albidus II. 527
„ confertus II. 527
„ intertinctus . . . II. 527
„ volaticus II. 527
Stuhlverstopfung II. 403
Sudamina II. 499
Sycosis II. 531
Syphilis I. 281
„ der Beinhaut . . . I. 299
„ constitutionelle . . . I. 290
„ der Haut (Syphiliden) . I. 293
„ „ Knochen . . . I. 299
„ latente I. 283
„ modificirte I. 283
„ primäre I. 287
„ des Schädels . . . II. 63
„ der Schleimhäute . . I. 291
„ secundäre I. 282
„ tertiäre I. 282

T.

Tabes dorsalis II. 73
„ meseraica I. 247
„ typhosa I. 65
Taenia lata II. 409
„ solium II. 409
Tanzwuth pandemische . . . II. 106
Tarantelkrankheit II. 106

Teleangiectasien II. 542
Tetanus II. 100
„ rheumaticus . . . II. 103
Tic douloureux II. 82
Tinea capitis II. 507
„ favosa II. 544
„ tondens II. 546
Tonsillen hypertrophirte . . II. 300
Tophi I. 300
„ arthritici I. 273
Tracheitis catarrh. II. 138
Tremores II. 110
„ mercuriales . . . I. 339
„ potatorum I. 343
Trichocephalus dispar . . . II. 409
Trichoma II. 547
Tripper Gicht II. 480
„ der Männer . . . II. 477
„ Stenose des Kehlkopfes II. 481
„ Seuche II. 481
Trismus II. 86. 100
„ neonatorum II. 101
Tubercula syphilit. I. 295
Tuberculose I. 230
„ acute I. 239
„ chronische . . . I. 236
„ des Bauchfells . . II. 425
„ „ Brustfells . . II. 223
„ der Gedärme . . II. 391
„ des Gehirns . . II. 57
„ der Leber II. 449
„ „ Lunge II. 203
„ „ „ acute . II. 215
„ „ „ chronische II. 207
„ „ Milz II. 452
„ „ Niere II. 464
„ „ Retroperitoneal-drüsen II. 427
Tussis convulsiva II. 240
Tylosis II. 537
Tympanitis abdomin. II. 426
„ intestinor. II. 406
Typhlitis II. 353
Typhus I. 39
„ abdominalis I. 41
Typhus biliosus I. 59
„ cerebralis I. 53
„ contagiosus I. 76
„ exanthemat. I. 76
„ gastricus I. 59
„ ictericus I. 56
„ inflammatorius I. 52
„ lentus I. 64
„ putridus I. 55. 79

U.

Ulcera cutis II. 543
Ulcus ventriculi perforans . . II. 322
Uraemie I. 322
„ acute I. 324
„ chronische I. 323
Uratsteine II. 473
Urethritis II. 477
Urodialysis I. 328
Urolithi II. 473
Urticaria I. 156
„ chronica I. 158
„ conferta I. 158
„ evanida I. 157
„ perstans I. 158
„ subcutanea I. 158
„ substantiva I. 157
„ symptomatica I. 157
„ tuberosa I. 158

V.

Vaccinella I. 112
Vacciola I 113
Vaginitis catarrh. II. 485
Vapeurs II. 120
Varicellae II. 107
Variola I. 92
„ benigna I. 98
„ confluens I. 97
„ crystallina I. 97
„ discreta I. 97
„ putrida I. 97
„ synochalis I. 97
„ vaccina I. 110
„ ventosa etc. I. 97

Variola vera l. 92
Variolois l. 105
Veitstanz ll. 104
Venerische Seuche l. 281
Venosität des Blutes . . . l. 199
Verdauung schwache . . . ll. 335
Verengerung der Herzmündungen ll. 265
„ „ Speiseröhre . ll. 310
Vergiftungen chronische . . l. 334
Vergrösserung der Milz . . ll. 451
Verhärtung der Leber . . . ll. 435
Verknöcherung der Kranzarterien ll. 274
Verrucae ll. 537
Vertigo ll. 82
Verwachsung des Herzbeutels . ll. 254
Vielharnen ll. 473
Vierziger ll. 507
Vitiligo ll. 543
„ capitis ll. 547
Vollblütigkeit l. 195
Volvulus ll. 394

W.

Wachsleber ll. 441
Wangenfäule (Wasserkrebs) . ll. 290
Warzen ll. 537
Wasserblasen l. 213
„ kolke ll. 316
„ scheu ll. 126
„ spucken ll. 317
„ sucht der Niere . . ll. 464
„ suchten l. 211
„ „ eigentliche . l. 213
„ „ falsche . . l. 213
Wechselfieber l. 19. 159
„ Cachexie . . l. 181
„ complicirte . . l. 169
Wechselfieber dreitägige . . l. 166
„ eingeschleppte . l. 161
„ eintägige . . . l. 166
„ endemische . . l. 160
„ epidemische . . l. 161
„ larvirte . l. 168. 173
„ offenbare . . l. 168
„ reine . . . l. 169
„ sporadische . . l. 161
„ unvollkommene . l, 168
„ unvollständige . l. 168
„ viertägige . . l. 166
„ vollkommene . l. 168
„ vollständige . . l. 168
Weinkrämpfe ll. 130
Weisswerden der Haare . . ll. 543
Werlhof'sche Blutflecken Krankheit l. 226
Wichtelzopf (Weichselzopf) . ll. 547
Wiederkauen ll. 339
Wolf ll. 494
Wundsein der Kinder . . . ll. 494
Wundstarrkrampf ll. 101
Wurmkrankheit ll. 408

Z.

Zahnausschlag der Kinder . . ll. 527
Zehrfieber l. 19. 244
Zittern ll. 110
Zitterwahnsinn l. 345
Zittrich ll. 524
Zoster l. 153
Zuckerharnruhr ll. 471
Zungenbeleg ll. 293
„ entzündung ll. 291
„ lähmung ll. 307
Zwiewuchs l. 520

Berichtigungen.

Statt:	Seite	Zeile			Lies:
Hautreiz	54	17	von	oben	Hirnreiz
periodische	63	10	„	„	peripherische
Wirbelerweiterung	73	4	„	„	Wirbelvereiterung
Von chronischem etc.	77	16	„	„	Von chronisch zu Stande kommender
Fic, und Tothergilli	82	20	„	„	Tic, und Fothergilli
Successionen	101	10	„	„	Succussionen
Gereiztheit	107	9	„	„	Geneigtheit
wie	272	15	„	unten	nie
im Gegentheil	272	3	„	„	in Geneigtheit
Fieberaffection	277	1	„	oben	Leberaffection
Veränderungen	310	11	„	unten	Verengerungen
tiefer	418	14	„	„	fixer
Blattes etc.	419	7	„	„	Blattes der Gedärme
Romberger's	427	4	„	„	Bamberger's
sind die etc.	441	1	„	oben	sind nicht die
Harnrinde	469	18	„	„	Harnwinde
platte	473	18 u. 22	„	„	glatte
schnell	520	16	„	„	streng
tendens	556	7	„	„	tondens.

Gedruckt bei Jos. Stöckholzer v. Hirschfeld in Wien.

Schulz

Bayerische StaatsBibliothek
Münchener DigitalisierungsZentrum Digitale Bibliothek

Hauschka, Dominik J.

Compendium der speciellen Pathologie und Therapie als Leitfaden für seine Vorlesungen

Bd.: 2.

Wien 1857

Path. 547 p-2
urn:nbn:de:bvb:12-bsb10472330-4